

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Владивосток
Медицина ДВ
2010



Над изданием работали:

◀ **Каминский Юрий Валентинович** – академик РАЕН, д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, завкафедрой патологической анатомии ВГМУ



▶ **Полушин Олег Геннадьевич** – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ВГМУ, врач-патологоанатом высшей категории



◀ **Горелик Максим Зимулович** – начальник Приморского краевого патолого-анатомического бюро, врач-патологоанатом высшей категории



▶ **Колесников Виктор Иванович** – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ВГМУ, врач-патологоанатом высшей категории



◀ **Козюрбий Евгений Анатольевич** – канд. мед. наук, доцент, начальник Владивостокского городского патолого-анатомического бюро, врач-патологоанатом высшей категории



▶ **Кривелевич Евсей Бенцианович** – канд. мед. наук, доцент, директор Приморского краевого медицинского информационно-аналитического центра, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ВГМУ



◀ **Матвеев Андрей Геннадьевич** – канд. мед. наук, доцент, заведующий патолого-анатомическим отделением краевой больницы ГУФСИН РФ по Приморскому краю, врач-патологоанатом высшей категории



▶ **Олексенко Олеся Михайловна** – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ВГМУ, врач-патологоанатом высшей категории



◀ **Соловьев Владимир Павлович** – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ВГМУ, врач-патологоанатом высшей категории



▶ **Тимошенко Валерий Степанович** – канд. мед. наук, доцент кафедры патологической анатомии ВГМУ, главный внештатный патологоанатом Администрации Приморского края, врач-патологоанатом высшей категории



◀ **Фисенко Анна Юрьевна** – канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры патологической анатомии ВГМУ, заведующий отделением общей патологии Приморского краевого патолого-анатомического бюро



▶ **Шерстюк Борис Васильевич** – канд. мед. наук, доцент курса судебной медицины ВГМУ

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Владивостокский государственный медицинский университет

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Под редакцией заслуженного деятеля науки РФ
д-ра мед. наук, профессора *Ю.В. Каминского*



Владивосток
Медицина ДВ
2010

УДК 614.255.11(07)

ББК 5:28.03

М42

***Рекомендовано УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия для практических занятий
в системе послевузовского профессионального образования***

Рецензенты:

главный патологоанатом РФ, заведующий кафедрой патологической анатомии
лечебного факультета РГМУ, д-р мед. наук, профессор **О.Д. Мишнев**;
заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой патологической анатомии АГМА,
д-р мед. наук, профессор **А.А. Григоренко**

Авторский коллектив:

О.Г. Полушин, М.З. Горелик, В.И. Колесников, Е.А. Коцюрбий, Е.Б. Кривелевич,
А.Г. Матвеев, О.М. Олексенко, В.П. Соловьев, В.С. Тимошенко, А.Ю. Фисенко,
Б.В. Шерстюк

Медицинское свидетельство о смерти / под ред. Ю.В. Камин-
М42 ского. – Владивосток : Медицина ДВ, 2010. – 192 с.

ISBN 978-5-98301-034-5

В учебном пособии согласно образовательному стандарту послевузовской подготовки специалистов рассматриваются теоретические и практические аспекты формулировки и выдачи медицинских свидетельств о смерти в соответствии с требованиями МКБ-10 и новыми нормативами, введенными в действие Минздравсоцразвития РФ в 2009 г. Структура пособия позволяет использовать его и как справочник при формулировке посмертного клинического, патолого-анатомического и судебно-медицинского диагнозов и медицинского свидетельства о смерти. В приложении к изданию помещены актуальные нормативные документы, регламентирующие анализ смертности населения и оформление соответствующей документации.

Для медицинских статистиков, организаторов здравоохранения, врачей общей лечебной сети, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

УДК 614.255.11(07)

ББК 5:28.03

ISBN 978-5-98301-034-5

© Коллектив авторов, 2010

© Издательство «Медицина ДВ», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	7
Введение	9
Международная классификация болезней	11
Краткая историческая справка	11
Структура МКБ 10-го пересмотра	14
Правила оформления медицинского свидетельства о смерти	17
Посмертный диагноз	18
Медицинское свидетельство о смерти	20
Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	28
Примеры оформления медицинских свидетельств о смерти	33
Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни [A00–B99] ...	33
Класс II. Новообразования [C00–D48].....	46
Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм [D50–D89].....	54
Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ [E00–E90]	55
Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения [F00–F99] ...	58
Класс VI. Болезни нервной системы [G00–G99]	60
Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата [H00–H59].....	60
Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка [H60–H95].....	60
Класс IX. Болезни системы кровообращения [I00–I99].....	60
Класс X. Болезни органов дыхания [J00–J99]	72
Класс XI. Болезни органов пищеварения [K00–K93].....	78
Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки [L00–L99]	82
Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [M00–M99].....	82
Класс XIV. Болезни мочеполовой системы [N00–N99]	85
Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период [O00–O99]	88
Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде [P00–P96]	93

Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения [Q00–Q99].....	107
Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках [R00–R99]	113
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98]	113
Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности [V01–Y98]	113
Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения [Z00–Z99]	117
Тесты и ситуационные задачи	118
Тестовые задания для самоконтроля знаний	118
Ситуационные задачи	130
Приложение	140
Рекомендуемая литература	191

ПРЕДИСЛОВИЕ

Объективная статистика заболеваемости и смертности – краеугольный камень планирования стратегии медицинской помощи населению. Единство и сопоставимость материалов медицинской статистики гарантируется Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), действующей на территории Российской Федерации с 1 января 1999 года.

Основной учетной формой, обеспечивающей государственную статистику смертности, является медицинское свидетельство о смерти, которое выдается лечебно-профилактическими учреждениями, а также патолого-анатомическими бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы. Объективность регистрации причин смерти обеспечивается не только тщательным клинико-анатомическим анализом, но и правильностью заполнения медицинской документации и кодирования причин смерти в соответствии с МКБ-10.

Международная статистическая классификация болезней эволюционировала от номенклатуры причин смерти Уильяма Фарра и международной классификации причин смерти Жака Бертильона до семейства статистических классификаций МКБ-10, которые охватывают самые различные проблемы, связанные с заболеваемостью, болезненностью, смертностью, причинами обращения за медицинской помощью и др. Эта эволюция естественным образом шла по пути усложнения структуры и увеличения объема и числа классификаций, что потребовало разработки большого количества инструкций и методических указаний, призванных обеспечить унификацию диагностических заключений.

До введения в действие МКБ-10 кодирование записей в медицинской документации осуществлялось специалистами-статистиками методических кабинетов лечебно-профилактических учреждений и органов ЗАГС. С 1999 года эта функция была возложена на врачей, формулирующих диагностические заключения и выдающих медицинские свидетельства о смерти. Подобное перемещение ответственности привело к ухудшению качества учета причин смерти, выдаче большого количества неправильно и некорректно

оформленных медицинских свидетельств о смерти. Сложившаяся ситуация усугубилась уменьшением количества патолого-анатомических вскрытий в стационарах, связанным с возможностями неоднозначной трактовки некоторых положений «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и Федерального закона «О погребении и похоронном деле». Так, неоднократные проверки качества заполнения медицинских свидетельств о смерти в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена г. Владивостока показали, что большая часть этих документов содержала критические ошибки, делавшие их непригодными для статистического анализа.

Настоящее учебное пособие, подготовленное специалистами Приморского института региональной патологии Владивостокского государственного медицинского университета¹ и Медицинского информационно-аналитического центра Приморского края, предназначено для последиplomного обучения всех специалистов, имеющих отношение к формулировке посмертных заключений и выдаче медицинских свидетельств о смерти: организаторов здравоохранения, медицинских статистиков, врачей общей лечебной сети, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

¹ В состав Приморского института региональной патологии входят кафедра патологической анатомии ВГМУ, Приморское краевое и Владивостокское городское патолого-анатомические бюро.

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ № 782н от 26.12.2008 г. с 1 января 2009 года на территории Российской Федерации введены новые формы медицинского свидетельства о смерти (106/у-08) и медицинского свидетельства о перинатальной смерти (106-2/у-08). В связи с этим можно признать в определенной мере устаревшими ряд методических указаний и инструктивных документов, посвященных оформлению подобных учетных форм. Настоящее пособие призвано обеспечить обучение специалистов в соответствии с образовательным стандартом послевузовской профессиональной подготовки и новыми требованиями к заполнению свидетельств о смерти с целью объективизации и повышения качества медицинской статистики смертности.

После краткого обзора, посвященного истории создания и структуре МКБ-10, в книге подробно изложены правила оформления медицинских свидетельств о смерти, а основная часть учебного пособия разделена на подглавы в соответствии с классами Международной классификации болезней. Здесь рассматриваются наиболее часто встречающиеся, а также сложные клинические ситуации и даются рекомендации по формулировке медицинского заключения о причинах и механизмах летального исхода. Для облегчения пользования указанные заключения иллюстрируются большим количеством клинических примеров с образцами свидетельств о смерти, оформленных в соответствии с новыми требованиями и традициями МКБ-10. Пособие также содержит тестовые задания и ситуационные задачи, решение которых поможет обучающимся усовершенствовать навыки заполнения соответствующих учетных форм и кодировки причин смерти. В приложении приведены основные методические указания, а также ряд инструктивных документов, регламентирующих формулировку посмертного клинического и патолого-анатомического диагнозов и медицинских свидетельств о смерти. Список рекомендуемой литературы дает обучающемуся возможность для углубленного изучения отдельных аспектов рассматриваемой проблемы.

Данное учебное пособие не заменяет МКБ-10 и соответствующих инструктивных документов, оно призвано дать специалисту методическую основу для углубленного анализа причин и механизмов летальных исходов в современной клинике с их корректной формулировкой в медицинской документации в соответствии с существующими требованиями статистического учета смертности населения.

Авторы выражают благодарность ООО «Промышленно-торговая фирма «Корпус» и ООО «Пасифик Трейд и Сервис» за помощь в подготовке настоящего издания.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ

Краткая историческая справка

Международная классификация болезней в том виде, в котором мы ее знаем сегодня, начиналась с попыток создания общей классификации заболеваний человека, предпринимаемых естествоиспытателями, и списков причин смерти, которыми оперировала нарождавшаяся в годы промышленной революции медицинская статистика.

Первую попытку систематизации болезней предпринял *Франсуа Босье де Лакруа* (1706–1767), более известный под именем *Соваж* в труде «Методика нозологии». Современник *Соважа* *Карл Линней* (1707–1778) – выдающийся естествоиспытатель-систематизатор – сделал то же самое в работе «Роды болезней». В начале XIX века широко применялась классификация болезней *Уильяма Куллена* (1710–1790) из Эдинбурга, которая была опубликована в 1785 году под названием «Краткий обзор методики нозологии».

Участники первого Международного статистического конгресса, состоявшегося в Брюсселе в 1853 году, поручили статистику Уильяму Фарру (Великобритания) и доктору Марку д'Эспину из Женевы подготовить «единую номенклатуру причин смерти, применимую во всех странах». На следующем конгрессе, проходившем в Париже в 1855 году, были рассмотрены списки болезней, предложенные Фарром и д'Эспином, и принят компромиссный вариант. В 1864 году эта классификация была пересмотрена в Париже «по образцу классификации, предложенной У. Фарром».

Уильям Фарр (1807–1883) был первым медицинским статистиком Управления записи актов гражданского состояния Англии и Уэльса и имел большой опыт использования различных классификаций болезней. Список, предложенный Фарром Международному статистическому конгрессу, состоял из пяти групп: 1) эпидемические болезни; 2) органические (системные) болезни; 3) болезни, подразделяющиеся по анатомической локализации; 4) болезни развития; 5) болезни, являющиеся прямым следствием насилия.

Пересмотры классификации Фарра состоялись в 1874, 1880 и 1886 году. И хотя эта классификация не получила всеобщего признания, основные

принципы ее построения выдержали испытание временем и легли в основу Международного перечня причин смерти.

В 1881 году Международный статистический институт (преемник Международного статистического конгресса) на сессии в Вене поручил комитету под председательством Жака Бертильона (1851–1922), начальника Статистической службы Парижа, подготовить классификацию причин смерти.

В 1893 году Бертильон представил свою классификацию на отчете комитета Международному статистическому институту в Чикаго. Классификация, подготовленная Бертильоном, была основана на принципах классификации Фарра и делила болезни на системные и относящиеся к определенному органу или анатомической локализации. Она удачно сочетала в себе варианты английской, немецкой и швейцарской классификаций и была принята для использования некоторыми странами и многими городами. Американская Ассоциация общественного здравоохранения рекомендовала статистикам Канады, Мексики и США принять классификацию Бертильона, а также внесла предложение пересматривать классификацию каждые 10 лет.

На сессии Международного статистического института в Христиании в 1899 году Бертильон представил отчет о работе над классификацией, включив в него рекомендацию Американской ассоциации общественного здравоохранения о пересмотре классификации каждые 10 лет.

В соответствии с изложенным, французское правительство в **1900 году** созвало в Париже первую международную конференцию по пересмотру Международной классификации причин смерти. Следующие пересмотры классификации в **1910** и **1920 году** также проходили под председательством Жака Бертильона.

В дальнейшем к работе над классификацией подключилась Лига наций. Была создана смешанная комиссия из равного числа представителей Международного статистического института и Организации здравоохранения Лиги наций. Эта комиссия подготовила четвертый (**1929 год**) и пятый (**1938 год**) пересмотры Международного перечня причин смерти.

Шестой пересмотр классификации проходил уже под эгидой Всемирной организации здравоохранения, и он был принят на международной конференции в Париже в **1946 году**. Радикальной особенностью шестого пересмотра было то, что классификация расширилась за счет состояний, не приводящих к летальному исходу. Таким образом, это была Международная классификация болезней и причин смерти (МКБ). Кроме того, в этом пересмотре были заложены правила выбора основной причины смерти.

Конференции по седьмому и восьмому пересмотрам состоялись соответственно в **1955** и **1965 году**.

Девятый пересмотр МКБ, принятый ВОЗ в **1975 году**, отличался от предыдущих трехчленным построением: классы болезней (I–XVII), родовые понятия в каждом классе (такие, как ишемическая болезнь сердца, cerebro-

васкулярные болезни и др.), и, наконец, нозологические единицы, кодируемые на основе трехзначных рубрик. Для классификации гистологических разновидностей новообразований была предусмотрена независимая четырехзначная система кодов, перед которыми ставится буква М (морфология), а после – пятый знак, указывающий на характер новообразования: злокачественный или доброкачественный. Изменилась и роль кода Е для внешних причин смерти. В отличие от предыдущих пересмотров, где фигурировали альтернативные коды N (характер повреждения) и E (внешняя причина повреждения), в качестве дополнительной классификации был оставлен только код E, а код N стал частью основной классификации (класс XVII – «Травмы и отравления»). Кроме того, в девятом пересмотре появилось двойное кодирование некоторых диагностических формулировок. Традиционные первичные коды, которые используются для кодировки причин смерти, были помечены знаком креста (†), а вторичные, используемые в области планирования и оценки медицинской помощи, – знаком звездочки (*). Так, туберкулезный менингит имел код со знаком «†» в классе инфекционных и паразитарных болезней, а код со знаком «*» – в классе болезней нервной системы и органов чувств.

МКБ 9-го пересмотра также рекомендовала в тех случаях, когда смерть наступала от неблагоприятного воздействия лечения (ятрогении), кодировать именно эту причину, а не заболевание, по поводу которого проводилось лечение.

Десятый пересмотр МКБ, работа над которым началась в 1983 году, был одобрен на международной конференции и принят на 43-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Было решено новый пересмотр МКБ ввести в действие с 1 января 1993 года, а будущую конференцию по изменению МКБ провести через 10 лет. Переход на МКБ-10 в соответствии с приказом Минздрава России № 3 от 12.01.1998 г. был осуществлен **с 1 января 1999 года** (реально – через год).

Традиционная структура классификации в МКБ 10-го пересмотра была сохранена, но введена алфавитно-цифровая система кодирования, заменившая цифровую. Это позволило расширить рамки классификации, чтобы проводить дальнейшие ее пересмотры без разрушения целостности цифровой системы. Из 26 букв латинского алфавита было использовано 25 (буква U оставлена «пустой»). Также была сохранена система двойного кодирования, использующая знаки «†» и «*» для некоторых диагностических положений.

Важно, что 10-й пересмотр имеет новое название – «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» при сохранении аббревиатуры «МКБ».

Дополнительную классификацию внешних причин травм и отравлений (код E) и дополнительную классификацию факторов, влияющих на состояние здоровья и обращаемость в учреждения здравоохранения (код V), стали рассматривать не как дополнительные разделы, а как составную часть основной

классификации. Появился ряд новых классов, выделенных ввиду их самостоятельности и обширности. Так, на месте класса «Болезни нервной системы и органов чувств» было создано три самостоятельных класса: «Болезни нервной системы», «Болезни глаза и его придаточного аппарата» и «Болезни уха и сосцевидного отростка». Введение дополнительных классов в основную классификацию и создание двух новых классов обусловили увеличение их общего количества до 21. В конце некоторых классов дан перечень рубрик, предназначенный для нарушений, возникших после медицинских процедур (например, эндокринные и метаболические расстройства после удаления органа или другие специфические состояния, такие, как демпинг-синдром после операции на желудке). Постпроцедурные осложнения, не носящие такого специфического характера, включая внезапные осложнения (воздушная эмболия, послеоперационный шок и др.), включены в класс XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин».

Помимо МКБ-10, ВОЗ разработаны и внедрены в практику здравоохранения для кодирования и учета онкологических заболеваний Международная классификация онкологических болезней (МКБ-О) и Международная гистологическая классификация опухолей. В отдельных специальностях используются дополнительные варианты классификации. В них сохраняется четырехзначное кодирование, а большая детализация достигается введением пяти- и шестизначных подрубрик:

МКБ – Дерматология;

МКБ – Зубоврачебное дело и стоматология;

МКБ – Неврология;

МКБ – Ревматология и ортопедия;

МКБ – Педиатрия;

МКБ – Психические расстройства.

Структура МКБ 10-го пересмотра

Международная классификация болезней 10-го пересмотра состоит из трех томов. Кроме первого тома (в двух книгах), содержащего полные и краткие перечни и наборы кодов, существует второй том, представляющий собой инструкции по работе с МКБ, и третий том – алфавитный указатель заболеваний и процессов, облегчающий поиск необходимого кода.

Все заболевания, синдромы и симптомы в МКБ 10-го пересмотра разделены на 21 класс по нескольким признакам – этиологическому, анатомо-топографическому, возрастно-половому и др. Классы обозначены буквой и вынесены в общее оглавление:

I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни [A00–B99];

II. Новообразования [C00–D48];

III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм [D50–D89];

- IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ [E00–E90];
- V. Психические расстройства и расстройства поведения [F00–F99];
- VI. Болезни нервной системы [G00–G99];
- VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата [H00–H59];
- VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка [H60–H95];
- IX. Болезни системы кровообращения [I00–I99];
- X. Болезни органов дыхания [J00–J99];
- XI. Болезни органов пищеварения [K00–K93];
- XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки [L00–L99];
- XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [M00–M99];
- XIV. Болезни мочеполовой системы [N00–N99];
- XV. Беременность, роды и послеродовый период [O00–O99];
- XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде [P00–P96];
- XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения [Q00–Q99];
- XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках [R00–R99];
- XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98];
- XX. Внешние причины заболеваемости и смертности [V01–Y99];
- XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения [Z00–Z99].

Международная классификация болезней имеет иерархическую структуру. Она обеспечивает идентификацию конкретной болезни и представление статистических данных по группам и классам, но коды имеют только отдельные болезни и процессы. Сердцевинной МКБ-10 является трехзначный буквенно-цифровой код, представленный латинской буквой и двумя цифрами, который служит для минимального уровня кодирования. При необходимости с целью уточнения и детализации трехзначный код дополняется после точки четвертым знаком (например, острый инфаркт миокарда – I21, острый инфаркт миокарда передней стенки – I21.0). Это так называемое интранозологическое кодирование форм и вариантов болезни. Кроме того, для некоторых заболеваний и процессов предусмотрено двойное кодирование. **Главным (для основных статистических разработок, кодирования причин смерти) является код, помеченный крестиком (†), вспомогательным (для специальных разработок) – код, помеченный звездочкой (*).** Например, гломерулонефрит при синдроме Гудпасчера, с одной стороны является заболеванием почек (класс XIV), с другой – системным васкулитом (класс XIII). Поэтому в классе «Болезни мочеполовой системы» он обозначен кодом N08*,

а в классе «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» – кодом M31†. Приоритетным, таким образом, является код M31, который и следует использовать в свидетельстве о смерти.

Внутри каждого класса МКБ-10 разделена на группы болезней, объединенных на основе статистической целесообразности. Так, например, в МКБ 9-го пересмотра появились, а в МКБ 10-го пересмотра сохранились (в классе IX «Болезни системы кровообращения») такие группы, как «Ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярные болезни» и др. Названные группы объединяют в качестве «квазиэпидемиологических единиц» осложнения атеросклероза и артериальной гипертензии, фигурирующие среди причин летальных исходов более чем в половине случаев ненасильственной смерти взрослых.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем – нормативный документ, обеспечивающий единство и сопоставимость материалов о здоровье населения, об эпидемиологической ситуации и деятельности учреждений здравоохранения как в пределах страны, так и между странами, она является важным методическим средством для обеспечения автоматизации основных управленческих и планово-нормативных работ в медицине.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

Медицинское свидетельство о смерти (форма № 106/у-08) заполняется в случае смерти взрослых и детей старше 7 суток. На всех мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток (168 часов), заполняется медицинское свидетельство о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-08).

Бланк медицинского свидетельства о смерти является документом строгой отчетности. В каждом медицинском учреждении должны быть изданы внутренние приказы, регламентирующие правила работы с ними в соответствии с нормативными и распорядительными документами Минздравсоцразвития РФ.

Медицинское свидетельство о смерти должно быть выдано родственникам умершего или уполномоченным ими лицам, взявшим на себя обязанность осуществить погребение, а также правоохранительным органам по их требованию не позднее одних суток после патолого-анатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось) в соответствии с Законом РФ № 8 от 12.01.1996 г. «О погребении и похоронном деле».

Медицинское свидетельство о смерти выдается под расписку на его кошке родственникам, законным представителям умершего, а при их отсутствии – другим уполномоченным лицам (работникам администрации ЛПУ, сотрудникам правоохранительных органов). В последнем случае регистрация свидетельства должна быть проведена в органах ЗАГС не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

При заполнении бланков «Медицинского свидетельства о смерти» и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» используют понятия «первоначальная причина смерти» и «непосредственная причина смерти».

Первоначальная причина смерти (*син.* – основная причина смерти, основное заболевание в посмертном диагнозе) – это болезнь (нозологическая единица) или травма, вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти, а также обстоятельства несчастного случая

или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. В свидетельстве о смерти, в соответствии с действующей системой статистического учета, **кодируется только первоначальная причина смерти**, а в случае травмы или отравления – еще и **внешняя причина смерти**.

МКБ-10 предназначена в том числе для кодирования причин обращения за врачебной помощью, причин госпитализации, причин временной нетрудоспособности и др. Поэтому **не все коды классификации могут быть использованы для шифровки первоначальной причины смерти** как в заключительном (клиническом и патолого-анатомическом) диагнозах, так и в свидетельстве о смерти. В частности, шифры с четвертым знаком «9» в блоках трехзначных рубрик, обозначающим «неуточненную информацию (заболевание, синдром и т.д.)», не следует использовать в патолого-анатомической и судебно-медицинской практике.

Непосредственная причина смерти – это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния (вызвавший остановку деятельности жизненно важных органов) и механизм смерти. Причин смерти много, механизмов – три: сердечный, легочный и мозговой (в соответствии с количеством жизненно важных систем органов).

Непосредственная причина смерти также указывается в медицинском свидетельстве о смерти (в строке «а» раздела «I»), но, за исключением специальных статистических исследований, **не кодируется по МКБ-10**.

В большинстве наблюдений непосредственной причиной смерти служат осложнения основного заболевания. В ряде случаев, когда непосредственной причиной смерти является прогрессирование основного заболевания, понятия первоначальной и непосредственной причин смерти могут совпадать (*прим. 0.03*).

Посмертный диагноз

Выдаче медицинского свидетельства о смерти предшествует **формулировка посмертного диагноза**. При выдаче свидетельства без проведения вскрытия это – заключительный клинический диагноз в истории болезни (родов) или карте амбулаторного больного. Примерный диагноз непосредственно после вскрытия (патолого-анатомического или судебно-медицинского) формулируется врачом-экспертом устно и служит основой для формулировки медицинского свидетельства о смерти. В последующем, после выполнения дополнительных исследований (микроскопических, токсикологических, бактериологических и др.), диагноз, записанный в протоколе вскрытия, должен совпадать с формулировкой в свидетельстве о смерти. В случае несовпадения записей в органы государственной статистики направляется второе свидетельство о смерти (см. ниже).

Формулировка посмертного (заключительного клинического, патолого-анатомического и судебно-медицинского) диагноза базируется на общих

принципах и имеет единую структуру¹. Исторический опыт позволил выделить два основных принципа построения посмертного диагноза: нозологический и патогенетический.

Нозологический (этиологический) принцип выражается в том, что в начало диагноза должна быть поставлена нозологическая единица (т.е. самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название с учетом отечественных классификаций и статистическое обозначение в соответствии с требованиями МКБ-10).

Патогенетический принцип состоит в том, что все элементы в разделах диагноза должны быть расположены в хронологической и патогенетической (причинно-следственной) последовательности, показывающей динамику болезни. Диагноз должен быть структурно оформлен в соответствии с унифицированными рубриками, впервые утвержденными приказом МЗ СССР еще в 1952 году²: «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания», «Сопутствующие заболевания». Каждая рубрика диагноза должна начинаться с красной строки.

Основное заболевание (состояние) в посмертном диагнозе – это нозологическая форма (единица), которая сама по себе или через связанные с ней осложнения послужила причиной смерти больного. В соответствии с МКБ-10 основное заболевание может включать несколько нозологических единиц и оформляться как **комбинированное основное заболевание** (конкурирующие, сочетанные, основное и фоновое) или как **полипатия**.

Основное заболевание в посмертном диагнозе – синоним первоначальной причины смерти. При мультикаузальном диагнозе (комбинированное основное заболевание, полипатия) в качестве первоначальной причины смерти регистрируется нозологическая единица, стоящая в нем на первом месте. В ряде случаев основное заболевание может одновременно быть и непосредственной причиной смерти (совпадение первоначальной и непосредственной причин смерти).

Нозологическая форма (единица) определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, едиными подходами к лечению и коррекции³. Отдаленные последствия излеченных заболеваний, превратившиеся в самостоятельные «вторые болезни», можно рассматривать как основное заболевание и первоначальную причину

¹ В соответствии со стандартом по формулировке диагноза, утвержденным Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в 2006 году.

² Приложение 7 к приказу МЗ СССР № 4 от 03.01.1952 г.

³ Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенный в действие приказом Минздрава РФ № 12 от 22.01.2001 г.

смерти (например, гидроцефалия после отдаленного излеченного менингита, приобретенный порок сердца после отдаленного излеченного эндокардита и т.д.).

Осложнения основного заболевания – это патологические процессы (в т.ч. нозологические единицы, синдромы и симптомы), которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Среди осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее – смертельное осложнение (непосредственную причину смерти). В диагнозе осложнения рекомендуется перечислять в хронологической и патогенетической последовательности.

Границы между проявлениями и осложнениями основного заболевания не всегда удается точно определить. Принято считать, что проявления – стереотипны, включены в синдромокомплекс заболевания, а осложнения – индивидуальны.

Так, в соответствии с требованиями МКБ, очаговая пневмония может рассматриваться как осложнение, т.е. следствие тяжелых изнурительных болезней (инфекций, злокачественных новообразований, особенно гемобластозов, травм головного или спинного мозга, инсульта и др.). Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония, кровотечение, тромбоз, тромбозы, эмболии, инфаркты, аспирация, ателектазы, острая почечная недостаточность) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если есть патогенетическая связь между ними и осложнения развились не позднее 4 недель после вмешательства. Основной причиной смерти в таком случае выбирается заболевание, послужившее поводом для оперативного вмешательства.

Сопутствующие заболевания в посмертном диагнозе – одна или несколько нозологических единиц, которые ни этиологически, ни патогенетически не связаны с основным заболеванием и не играли роли в танатогенезе. Сопутствующие заболевания могут иметь свои осложнения, которые в посмертном диагнозе перечисляются в этой же рубрике. В перинатологии используется еще и **рубрика ПМБР** (патология матери, беременности и родов). Эта рубрика учитывается и в «Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти», как правило, в строках «в», «д» пунктов 11 и 23 (*прим. 0.06*).

Медицинское свидетельство о смерти

Бланк медицинского свидетельства о смерти (см. с. 23–24) состоит из корешка и собственно свидетельства, разделенных линией отреза. После заполнения корешок бланка остается в медицинском учреждении, выдавшем свидетельство, а само свидетельство выдается на руки родственникам или иным законным представителям умершего, а также правоохранительным органам по требованию, после подписи получателя на корешке. Медицинское

свидетельство о смерти должно быть выдано соответствующим лицам не позднее одних суток после проведения аутопсии или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось¹. Когда захоронение проводится медицинской организацией, последняя в 3-дневный срок выписывает и представляет медицинское свидетельство о смерти в орган ЗАГС для государственной регистрации.

Под заголовком медицинского свидетельства о смерти (и корешка свидетельства) выдающий его специалист должен выделить подчеркиванием один из четырех вариантов: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного». Если свидетельство выдается без вскрытия трупа, например, на основе записей в медицинской документации (см. п. 18), то следует подчеркнуть «окончательное» (в корешке – «окончательного»). Предварительное свидетельство после вскрытия выдают врачи-патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты в случае неуверенности в точности формулировки диагноза. После оформления протокола вскрытия² в случае принципиальных изменений диагностических формулировок необходимо выписать второе свидетельство «взамен предварительного» (указав серию и номер «предварительного»). Если упомянутыми специалистами было выдано «окончательное» заключение, но диагноз все-таки принципиально изменился, выписывают свидетельство «взамен окончательного» (указав серию и номер первого «окончательного»). Тот же порядок следует соблюдать при выдаче ошибочного «окончательного» заключения без вскрытия трупа. Медицинские свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» следует в течение 7 суток (при инфекционных заболеваниях) или 45 дней (при прочих болезнях) направить в органы государственной статистики.³

Исправленный или зачеркнутый текст в бланке свидетельства подтверждается записью «исправленному верить», подписью специалиста, выдающего свидетельство, и печатью медицинской организации. Внесение более двух исправлений в бланк не допускается. Неправильно (с ошибками, исправлениями) заполненные экземпляры свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркивают крест накрест, делают надпись «испорчено» и оставляют в сброшюрованной книжке бланков. В случае утери медицинского свидетельства о смерти лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «дубликат».

¹ В соответствии с требованиями Закона РФ от 12.01.1996 г. «О погребении и похоронном деле».

² В соответствии со стандартом Росздравнадзора (2006) срок оформления окончательного патолого-анатомического диагноза составляет до одного месяца после проведения вскрытия.

³ В Приморском крае – Специализированный отдел ЗАГС администрации г. Владивостока: 690062 г. Владивосток, ул. Днепровская, 18.

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

Пункты 1–9 корешка и 1–11 свидетельства должны заполняться строго на основании документов (паспорта умершего или документа, его заменяющего, свидетельства о рождении, карты амбулаторного или стационарного больного); **пункт 6 свидетельства** относится к «месту постоянного жительства умершего» (пункту 5), а **пункт 8 свидетельства** – к «месту смерти» (пункту 7). **Пункт 9 свидетельства** заполняется в соответствии с местом наступления смерти.

Пункты 10–11 свидетельства относятся к детям, умершим в возрасте от 7 суток до 1 года. Сведения для заполнения этих пунктов берутся из соответствующей первичной учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение ребенка¹.

Пункты 12–14 свидетельства заполняются в отношении матерей умерших детей, возраст которых указан в пунктах 10–11. **Пункт 13** («образование») и **пункт 14** («занятость») заполняются со слов родственников².

Пункты 15–18 свидетельства заполняются специалистом, выдающим медицинское свидетельство о смерти на основе осмотра трупа (в исключительных случаях), записей в медицинской документации, предшествующего наблюдения за больным или вскрытия, о чем делается соответствующая отметка в пункте 18.

Пункт 19 свидетельства (пункт 10 корешка свидетельства). Форма медицинского свидетельства о смерти является международной и содержит для записи причины смерти пункт с разделами, обозначенными римскими цифрами «I» и «II». Состояния, записанные в строках «а», «б» и «в» раздела «I», относятся к первоначальной и непосредственной причинам смерти. Для указания на обстоятельства внешних воздействий (травма, отравление и т.д.) заполняют строку «г» раздела «I» (кодируется дополнительно). *Эта строка предназначена в основном для судебно-медицинских экспертов и при выдаче медицинского свидетельства о смерти врачом общей практики, участковым врачом или врачом, работающим в стационаре, не используется!*

В пункте «II» свидетельства записывают «прочие важные состояния, способствовавшие смерти», что раньше называлось «важными сопутствующими заболеваниями (состояниями)». Количество записываемых в разделе «II» состояний не ограничено³.

¹ В случае смерти детей в возрасте до 7 суток (168 часов) выдается медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

² Подробнее см. в приложении 1.

³ На практике в строке раздела «II», которая имеет длину около 13 см, поместить названия более чем двух нозологических единиц вряд ли возможно.

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106/У-08**

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)
(подчеркнуть)

серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____
2. Пол: мужской [1], женский [2]
3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____
4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время _____
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
6. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]
- Для детей, умерших в возрасте до 1 года:
7. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____, число месяцев _____, дней жизни _____
8. Место рождения _____
9. Фамилия, имя, отчество матери _____

линия отреза

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____

Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация Учетная форма № 106/у-08 Утверждена приказом Минздравоохранения России от 26.12.2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного) (подчеркнуть)
серия _____ № _____ « _____ » _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____
2. Пол: мужской [1], женский [2]
3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____
4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время _____
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
6. Местность: городская [1], сельская [2]
7. Место смерти: республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
8. Местность: городская [1], сельская [2]
9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5].
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 недель) [1], недоношенный (менее 37 недель) [2],
переношенный (42 неделя и более) [3].
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
масса тела ребенка при рождении _____ грамм [1], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ [2], дата рождения матери _____ [3], возраст матери (полных лет) _____ [4],
фамилия матери _____ [5], имя _____ [6], отчество _____ [7].
- 12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1], не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].
- 13.* Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее: среднее (полное) [5],
основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].
- 14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие
специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5];
не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8],
безработные [9], прочие [10].
15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая: не связанного с производством [2], связанного с производством [3];
убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий: военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

10. Причины смерти:

Приблизительный
период времени
между началом
патологического
процесса и смертью

Код по МКБ-10

- И. а) _____
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)
- б) _____
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)
- в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)
- г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

□	□	□	□	.	□
---	---	---	---	---	---

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].
12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4].

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____
Подпись _____

14. Фамилия, имя, отчество получателя _____
Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____
« _____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись получателя _____
_____ линия отреза

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число _____ месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла трагедия (отравление)

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____,
(фамилия, имя, отчество)

должность _____,
удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

Приблизительный
период времени
между началом
патологического
процесса и смертью

Код по МКБ-10

- И. а) _____
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)
- б) _____
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)
- в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)
- г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

□	□	□	□	.	□
---	---	---	---	---	---

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].
21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4].

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти _____
Подпись _____

Руководитель медицинской организации, _____
частнопрактикующий врач (подчеркнуть) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.
« _____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество врача)

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой строки указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом период, указанный строкой выше, по определению не может превышать период, указанный строкой ниже. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

Особенность записи в строках «а–в» раздела «I», сложившаяся исторически, состоит в том, что последовательность событий танатогенеза излагается здесь в последовательности, обратной посмертному диагнозу: т.е. начинается с непосредственной и заканчивается первоначальной причиной смерти. При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной состояния, записанного строкой выше:

- | | | |
|---|----------------|--|
| I а) непосредственная причина смерти | период времени | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) промежуточная причина смерти | период времени | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) первоначальная причина смерти | период времени | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) обстоятельства внешних воздействий | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II Прочие важные состояния, способствовавшие смерти | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Под «промежуточной причиной смерти» (промежуточным осложнением) здесь следует понимать патогенетически связанное с основным заболеванием и непосредственной причиной смерти осложнение основного заболевания – первоначальной причины смерти (*прим. 0.01*).

Если «танатогенетическая цепочка» укладывается в два пункта, заполняются строки «а» и «б» раздела «I» (*прим. 0.02*).

В случае совпадения первоначальной и непосредственной причин смерти в разделе «I» заполняется только строка «а» (*прим. 0.03*).

Когда медицинское свидетельство о смерти выдается на основании записей в медицинской документации (например, участковым врачом или врачом общей практики) при отсутствии динамического наблюдения, оно должно быть сокращено до формулировок, имеющих в упомянутой документации. Так, при смерти больного раком желудка на дому при наличии заключения специалиста-онколога пример 0.02 может быть сокращен (*прим. 0.04*).

Пример 0.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | |
|--------------------------------------|--------|--|
| I а) желудочное кровотечение | 1 час | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) варикозное расширение вен желудка | 1 год | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) цирроз печени | 3 года | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример 0.02. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | |
|------------------------------|----------|--|
| I а) желудочное кровотечение | 5 часов | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) рак тела желудка | 1,5 года | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) – | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

В процессе заполнения медицинского свидетельства о смерти следует соблюдать ряд несложных правил. Так, свидетельство должно заполняться **без сокращений и на официальном государственном языке** (русском). **Нельзя использовать распространенные в медицинской среде аббревиатуры** (ИБС, АГ, ГБ, ЯБЖ, ТЭЛА и др.), являющиеся, по сути, профессиональным жаргоном и не регламентируемые никакими нормативными документами. Следует помнить, что свидетельство о смерти предназначено для родственников (законных представителей) умершего, а также для работников органов государственной статистики. Именно поэтому из него **должны быть исключены латинизмы и иноязычные наименования патологических процессов**. Также необходимо еще раз подчеркнуть, что стереотипные механизмы смерти (легочно-сердечная недостаточность и пр.) в медицинское свидетельство включать не рекомендуется. **В каждой строке раздела «I» свидетельства записывается не более одного заболевания (патологического состояния)**, что особенно критично по отношению к строке, подлежащей кодировке (первоначальная причина смерти).

Необходимо подчеркнуть, что **медицинское свидетельство о смерти – крайне формализованный документ**, предназначенный для статистической обработки, и сложные диагностические конструкции (комбинированные диагнозы, полипатии) могут быть отражены в нем только в упрощенном виде. Чаще всего в подобных случаях используют раздел «II» пункта 19 свидетельства и пункта 10 корешка свидетельства (*прим. 0.05*).

В дополнение к примеру 0.05 можно отметить вынужденную необходимость упрощения танатогенетической цепочки до трех звеньев, диктуемую структурой свидетельства о смерти (без утраты патогенетического смысла): от «септикопиемия – гангрена – тромбоз – атеросклероз» до «септикопиемия – гангрена – атеросклероз».

Из нескольких конкурирующих или сочетанных заболеваний врач на свое усмотрение должен выбрать одну нозологическую единицу, которая будет стоять в посмертном диагнозе на первом месте и которую он внесет в качестве

Пример 0.03. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) крупозная пневмония	3 дня	<table border="1"><tr><td>J</td><td>1</td><td>8</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	J	1	8	1
J	1	8				
1						
б) –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
в) –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
г) –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
II –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				

Пример 0.04. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) рак тела желудка	1,5 года	<table border="1"><tr><td>C</td><td>1</td><td>6</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	C	1	6	2
C	1	6				
2						
б) –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
в) –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
г) –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				
II –		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				

первоначальной причины смерти в часть «I» свидетельства. В процессе такого выбора предпочтение отдается:

- нозологической единице, значение которой в танатогенезе признано ведущим или которая теоретически имеет более высокую вероятность летального исхода;
- нозологической единице, которая в силу эпидемиологических причин имеет первостепенное значение;
- когда приоритет одной из нозологий не установлен, предпочтение отдается той, которая выставлена первой в клиническом или патолого-анатомическом диагнозе, потребовала проведения наибольшего числа лечебно-диагностических мероприятий и отражает профиль отделения медицинского учреждения, в котором находился умерший.

Второе из конкурирующих или сочетанных заболеваний, а также фоновое заболевание, при его наличии, записывается в части «II» свидетельства.

Необходимо указать на соответствие формулировок свидетельства МКБ-10. Так, в классификации нет «субтотальной двухсторонней крупозной пневмонии», что необходимо для развернутого клинического (патолого-анатомического) диагноза, а есть просто «крупозная пневмония» [J18.1]. В то же время следует отметить частые несоответствия формулировок МКБ-10 отечественной медицинской номенклатуре – предпочтение должно отдаваться последней. Международная классификация болезней не предназначена и непригодна для интерпретации отдельных клинических случаев, она не подменяет принятую номенклатуру болезней и рабочие классификации. Например, в МКБ-10 есть понятие «перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (исключена хроническая аневризма сердца) [I25.2]». В отечественной номенклатуре ему соответствует «крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз», обозначаемый тем же шифром [I25.2]. Следует заметить, что десятый пересмотр МКБ составлялся в восьмидесятых годах прошлого века, и говорить о его соответствии современным медицинским классификациям можно лишь с определенной долей вероятности.

Пример 0.05. Клинический диагноз (схематически):

Основное заболевание. Атеросклероз артерий нижних конечностей в стадии осложненных поражений.

Фоновое заболевание. Сахарный диабет 2-го типа.

Осложнения основного заболевания. Тромбоз правой бедренной артерии. Влажная гангрена правой стопы и голени. Септикопиемия.

Медицинское свидетельство о смерти:

I а) септикопиемия	1 неделя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
б) влажная гангрена конечности	2 недели	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
в) атеросклероз артерий нижних конечностей	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 7 0 . <input type="text"/> <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
II Сахарный диабет 2-го типа	12 лет	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

МКБ-10 определяет перинатальный период как начинающийся с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время масса плода составляет 500 г) и заканчивающийся спустя 7 полных дней после рождения. Согласно рекомендациям ВОЗ, медицинскими учреждениями осуществляется регистрация в медицинской документации всех родившихся живыми и мертвыми, имевших массу тела при рождении 500 г и более и длину тела 25 см, независимо от наличия признаков жизни¹.

Регистрация рождения мертвого плода (массой 1000 г и более, длиной тела 35 см и более, при сроке беременности 28 недель и более) осуществляется на основе медицинского свидетельства о перинатальной смерти. Медицинское свидетельство о рождении (форма № 103/у-08) в данной ситуации не заполняется. Новорожденный с указанными выше параметрами, умерший в течение 7 суток после рождения, должен быть зарегистрирован в органах ЗАГС как родившийся живым – на основании медицинского свидетельства о рождении, а затем как умерший – на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-08).

Смерть новорожденных, родившихся с массой тела от 500 до 999 г, также подлежит регистрации в тех случаях, если они прожили больше 168 часов (7 полных суток) после рождения. Причем в этих случаях основанием для регистрации является медицинское свидетельство о рождении и медицинское свидетельство о смерти (форма № 106/у-08). Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на всех мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток (168 часов) после рождения.

Пункты 1–10 корешка и 1–4, 12–19 свидетельства должны заполняться строго на основании документов (свидетельства о рождении, истории родов, карты стационарного больного).

Пункты 11 корешка и 23 свидетельства, где указываются причины смерти, составлены в соответствии с рекомендациями ВОЗ и включают запись как о причинах смерти ребенка (плода), так и о материнской патологии, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод. Запись о причине смерти ребенка (мертворожденного) делается в строках, обозначенных от «а» до «д», где:

- а) основное заболевание или патологическое состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти;
- б) другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода);
- в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод);
- г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод);
- д) другие обстоятельства, имеющие отношение к смерти.

¹ Приказ Минздравмедпрома РФ № 318 от 04.12.1992 г. «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живо- и мертворождения».

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106-2/у-08**

СЕРИЯ _____ **№** _____

Дата выдачи " _____ " _____ 20 _____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть)
серия № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
и умер дата: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
3. Смерть наступила: 1 до начала родов, 2 во время родов, 3 после родов, 4 неизвестно
4. Фамилия, имя, отчество матери _____
5. Дата рождения матери: число _____, месяц _____, год _____
6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мртворожденного) ребенка:
республика, край, область _____ район _____
город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская 1, сельская 2
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) _____
9. Пол: мальчик 1, девочка 2
10. Смерть (мртворождение) произошла: в стационаре 1, дома 2, в другом месте 3

----- **линия отреза** -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Наименование медицинской организации _____
адрес _____
Код по ОКПО _____
Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____
адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма №106-2/у-08
Утверждена приказом Минздрава России от 26.12.2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ **№** _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть)
серия № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
и умер - число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
3. Смерть наступила: до начала родов 1, во время родов 2, после родов 3, неизвестно 4

Мать

Ребенок (плод)

4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Дата рождения матери
число месяц год
6. Место постоянного жительства (регистрации):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская 1, сельская 2
8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке 1, не состоит в зарегистрированном браке 2, неизвестно 3
9. Образование: профессиональное: высшее 1, неполное высшее среднее 3, начальное 4; *общее*: среднее (полное) 5, основное 6, начальное 7; не имеет начального образования 8; неизвестно 9
10. Занятость: *была занята в экономике*: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1, прочие специалисты 2, квалифицированные рабочие 3, неквалифицированные рабочие 4, занятые на военной службе 5; *не была занята в экономике*: пенсионеры 6, студенты и учащиеся 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве 8, безработные 9, прочие 10
11. Которые по счету роды

12. Фамилия ребенка (плода) _____
13. Место смерти (мртворождения):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
14. Местность: городская 1, сельская 2
15. Смерть (мртворождение) произошла(о):
в стационаре 1, дома 2, в другом месте 3, неизвестно 4
16. Пол: мальчик 1, девочка 2
17. Масса тела ребенка(плода) при рождении г
18. Длина тела ребенка (плода) при рождении см
19. Мртворождение или живорождение произошло:
при одноплодных родах
при многоплодных родах: которыми по счету
число детей родившихся (живыми и мертвыми)

Оборотная сторона

11. Причины перинатальной смерти:

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

Код по МКБ-10
□ □ □ □ . □

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

□ □ □ □ . □

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

□ □ □ □ . □

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

□ □ □ □ . □

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

□ □ □ □ . □

12. _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)
(должность врача (фельдшера, акушерки),
заполнившего Медицинское свидетельство
о перинатальной смерти)

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г., наименование
органа ЗАГС _____, фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС _____

14. Получатель _____
(фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему ребенку))

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись)

----- линия отреза -----

20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных)

21. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания , несчастного случая , убийства , род смерти не установлен

22. Лицо, принимавшее роды: врач , фельдшер, акушерка , другое

23. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

□ □ □ □ . □

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

□ □ □ □ . □

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

□ □ □ □ . □

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

□ □ □ □ . □

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

□ □ □ □ . □

24. Причины смерти установлены:

врачом, только удостоверившим смерть , врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды , врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка , врачом-патологоанатомом , судебно-медицинским экспертом , акушеркой , фельдшером ,
на основании: осмотра трупа , записей в медицинской документации , собственного предшествовавшего наблюдения , вскрытия .

25. _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество)
(должность врача (фельдшера, акушерки),
заполнившего Медицинское свидетельство
о перинатальной смерти)

Руководитель медицинской организации,
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

Печать

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество)

26. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество врача)

ГУЗ ПК МИАЦ г. Владивосток. Номер заказа №001. 2008г. Тираж 1000 экз.

Следует учесть, что в строки «а» и «в» вносится только одно заболевание (состояние). Для характеристики состояния ребенка предпочтительны коды класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде», а для характеристики патологии беременности и родов – коды класса XV «Беременность, роды и послеродовый период». Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, характеризующие механизмы смерти, не следует записывать в разделе «а», если только они не были единственными известными состояниями плода или новорожденного. Это положение относится также и к недоношенности, однако нередко «недоношенность» заносится в строку «б» пунктов 11 и 23.

Строка «д» предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на танатогенез, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние. В этой строчке могут быть указаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения или, например, родоразрешение в отсутствие лица, принимающего роды¹.

Для детальной статистики перинатальной смертности проводится полномасштабный анализ по множественным причинам всех зарегистрированных состояний. На практике при выдаче медицинского свидетельства о перинатальной смерти **кодируется строка «а» – основное заболевание (состояние) плода или новорожденного и строка «в» – основное состояние матери, оказавшее влияние на плод или новорожденного (прим. 0.06).**

Состояния матери, оказывающие влияние на новорожденного или плод, необходимо кодировать рубриками P00–P04. Эти рубрики не должны использоваться для кодирования состояний, записанных в пункте «а». Состояния плода или новорожденного (пункт «а») можно кодировать любыми рубриками, кроме рубрик P00–P04, однако в большинстве случаев можно использовать рубрики P05–P96 («Перинатальные состояния») или Q00–Q99 («Врожденные аномалии»).

Пример 0.06. Новорожденный, умерший после стремительных родов на 2-е сутки. Диагноз (схематически):

Основное заболевание. Родовая травма: двухсторонний разрыв мозжечкового намета, внутрижелудочковое кровоизлияние.

Осложнения основного заболевания. Кефалогематома, отек и кровоизлияния в веществе головного мозга.

ПМБР. Стремительные роды.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) двухсторонний разрыв мозжечкового намета
- б) –
- в) стремительные роды
- г) –
- д) –

P	1	0	.	4
			.	
P	0	3	.	5
			.	
			.	

¹ Подробнее см. в приложении 2.

* * *

При кодировании установленной нозологической единицы используют ее наименование в рубриках первых девятнадцати классов; рубрики XX класса применяют в качестве дополнительного кода при установлении внешних причин травм и отравлений. Как правило, при классификации причин смерти рекомендуется прежде всего ориентироваться на рубрики классов I, IV, XV–XIX. При невозможности классификации первоначальной причины смерти в данном диапазоне приоритетными становятся классы V–XIV, сгруппированные по «системам организма».

МКБ-10 имеет иерархическую структуру с подразделами: она обеспечивает идентификацию конкретной нозологии и представление статистических данных по широким группам. Для кодирования причин смерти по трехзначным рубрикам рекомендуется четыре перечня для статистической обработки данных:¹

- перечень 1 – общая смертность, краткий перечень (103 причины);
- перечень 2 – общая смертность, выборочный перечень (80 причин);
- перечень 3 – перинатальная и детская смертность, краткий перечень (67 причин);
- перечень 4 – перинатальная и детская смертность, выборочный перечень (51 причина).

¹ См. приложение 3.

ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ

Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни [A00–B99]

Первичная и общая заболеваемость по данному классу МКБ-10 занимает в Приморском крае одно из лидирующих мест, превышая средние показатели по Российской Федерации на протяжении ряда последних лет. Значительный удельный вес здесь принадлежит туберкулезу, смертность от которого в 2008 году составила 35,1 на 100 тыс. населения. Инфекционные и паразитарные болезни в структуре посмертного диагноза могут играть роль основного заболевания (первоначальной причины смерти), осложнения основного заболевания и непосредственной причины смерти (например, большинство видов сепсиса), а также сопутствующих заболеваний. В диагнозе инфекционная патология может комбинироваться с рядом фоновых заболеваний, сопровождающихся развитием вторичного иммунодефицита (сахарный диабет, алкоголизм, наркомании и токсикомании), которые следует записывать в разделе «II» медицинского свидетельства о смерти. В педиатрической практике инфекционные заболевания у пациентов с тяжелыми врожденными иммунодефицитами, тезауризмами и хромосомными аномалиями рассматриваются как их осложнения и часто – как непосредственные причины смерти.

Следует отметить, что ряд инфекционных заболеваний и воспалительных поражений органов и систем органов включены в другие классы МКБ-10. Так, неменингококковые менингиты входят в класс VI «Болезни нервной системы», грипп – в класс X «Болезни органов дыхания» (*прим. X.02*), пиелонефрит – в класс XIV «Болезни мочеполовой системы» (*прим. XIV.03 и XIV.04*).

Кишечные инфекции [A00–A09] в развитых странах редко фигурируют в качестве основной причины смерти (*прим. I.01*)¹. Если возбудитель кишечной (или другой) инфекции на момент выдачи медицинского свидетельства о смерти остается неизвестным, то она кодируется по органному принципу (напр., «острая кишечная инфекция неуточненной этиологии» – A04.9).

¹ См. также ситуационную задачу 1 (с. 130).

Псевдотуберкулез, часто встречающийся в Приморском крае, не имеет собственного кода в МКБ и рассматривается как «другие уточненные бактериальные кишечные инфекции» [A04.8].

Туберкулез [A15–A19]. С начала 90-х годов XX века в России резко осложнилась эпидемическая ситуация по туберкулезу. Показатели заболеваемости и смертности выросли более чем в 2 раза и составили в 2005 году 83,8 и 22,5 на 100 тыс. населения соответственно¹. При выдаче медицинского свидетельства в случае смерти от туберкулеза следует учесть, что клиническая классификация этого заболевания, утвержденная приказом Минздрава РФ № 324 от 22.11.1995 г., не соответствует МКБ-10. В клинических и патолого-анатомических диагнозах следует употреблять термины отечественной классификации, а их кодировку проводить по МКБ-10, используя таблицу, разработанную ЦНИИ туберкулеза РАМН². После аутопсии при построении патолого-анатомического диагноза и заполнении медицинского свидетельства о смерти рекомендуется руководствоваться методическими рекомендациями Центрального НИИ туберкулеза РАМН «Патолого-анатомическая диагностика основных форм туберкулеза»³. При сочетании туберкулеза [A15–A16] с пневмокоциозами [J60–J64] кодирование осуществляется по группе «Болезни легкого, вызванные внешними агентами» – пневмокоциоз с туберкулезом легких [J65].

С 25 июня 2003 года введены в действие санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295–03», утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 18 апреля 2003 года. Согласно им, на каждого больного с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, в том числе посмертно, заполняют учетную форму 089Т/У–2003: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза и с рецидивом туберкулеза». Извещение в 3-дневный срок направляют в центр госсанэпиднадзора по месту выявления больного и в областной (краевой, республиканский, окружной) диспансер⁴.

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 109 от 21 марта 2003 года для улучшения статистического учета туберкулеза при кодировании диагнозов (в т.ч. и посмертных – клинических и патолого-анатомических) следует использовать дополнительные знаки к кодам МКБ-10: с 5-го по 10-й². *Это положение не следует распространять на медицинские свидетельства о смерти, структура которых предусматривает максимум 4-значное кодирование.*

Также следует предостеречь специалистов от одной из ошибок, являющихся следствием неполного клинико-анатомического анализа: такие формы заболевания, как *неосложненный первичный туберкулез, очаговый туберкулез легких и туберкуломы не могут рассматриваться как первоначальная причи-*

¹ Проблемы туберкулеза. 2008. № 7. С. 54.

² См. приложение 4.

³ См. список рекомендуемой литературы.

⁴ В Приморском крае: Приморский краевой противотуберкулезный диспансер, 690041 г. Владивосток, ул. Пятнадцатая, 2; тел.: 8 (4232) 33-40-72, 33-39-64.

на смерти и фигурируют в диагнозе в качестве сопутствующих заболеваний. В медицинском свидетельстве о смерти, учитывая эпидемиологическое значение данной инфекции, их следует помещать в строку «II» (*прим. I.02*). Инfiltrативный туберкулез «в чистом виде» редко является основной причиной смерти¹ за исключением массивных поражений ткани легкого (например, т.н. лобит). Необходимо упомянуть и о последствиях туберкулеза типа посттуберкулезного пневмосклероза, которые при отсутствии активности инфекционного процесса и бацилловыделения кодируются в группе «Последствия инфекционных и паразитарных болезней [B90–B94]» (*прим. I.31*).

Кроме того, необходимо учитывать, что в МКБ-10 большее внимание уделяется способу верификации этиологии процесса, и случаи однотипного туберкулеза, подтвержденные только бактериологически или гистологически, будут иметь разные коды. Так, туберкулез легких, подтвержденный только бактериологическими методами, обозначается кодом A15.1, а подтвержденный только гистологически – A15.2 (*прим. I.03 и I.06*)². Уточненные же формы туберкулеза, подтвержденные и бактериологическими, и гистологическими методами, обозначаются кодами A15.4–A15.8 (*прим. I.04*). Диссеминированные и милиарные формы инфекции сгруппированы в блоке A19.– (*прим. I.05 и I.07*).

При различных заболеваниях, лечение которых носит иммуносупрессивный характер, может возникать лекарственный туберкулез, который становится причиной смерти. В этих случаях, когда адекватность лечения не подлежит сомнению, ятрогенный туберкулез рассматривается как осложнение основного заболевания (*прим. I.07*).

Пример I.01. При тяжелом колиэнтерите, подтвержденном бактериологически, осложнившимся гемолитической анемией, смерть наступила вследствие двухсторонней крупноочаговой сливной колибациллярной пневмонии. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|---|---|--------------------------|
| I а) колибациллярная пневмония | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |
| б) колиэнтерит | <input type="checkbox"/> | A | 0 | 4 | . | 2 | <input type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |
| г) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |
| II – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |

Пример I.02. У больного, страдавшего очаговым туберкулезом II сегмента левого легкого, на вскрытии обнаружен двухсторонний хронический бронхит, перибронхиальный пневмосклероз, обструктивная эмфизема легких и хроническое легочное сердце с признаками хронического венозного застоя. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|---|---|--------------------------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |
| б) легочное сердце | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |
| в) хронический бронхит с эмфиземой | <input type="checkbox"/> | J | 4 | 4 | . | 8 | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |
| II Очаговый туберкулез легкого | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | | | |

¹ См. также ситуационную задачу 2 (с. 130).

² См. также ситуационную задачу 3 (с. 130).

Существуют заболевания, схожие с туберкулезом по клиническим и морфологическим проявлениям – нетуберкулезные микобактериозы, кодирующиеся в группе «Другие бактериальные инфекции» [A31.-]. Нетуберкулезные микобактериозы – группа инфекционных заболеваний человека и животных, вызываемых низковирulentными и условно-патогенными микобактериями, устойчивыми к противотуберкулезной терапии. *Mycobacterium avium* и *Mycobacterium intracellulare* нередко формируют «*Mycobacterium avium complex*» (MAC). Эта микробная ассоциация при ВИЧ-инфекции может привести к генерализации микобактериоза, что расценивается как ВИЧ-индикаторное заболевание (прим. I.08). Тип микобактерии определяется при бактериологическом исследовании с селективными средами или иммуногистохимическом анализе.

Пример I.03. Больной, страдавший хроническим алкоголизмом, умер от верхнедолевой казеозной пневмонии левого легкого с распадом (МБТ+). Хронический алкоголизм проявлялся алкогольной кардиомиопатией и энцефалопатией, индуративным панкреатитом. Смерть была обусловлена интоксикацией с миокардиодистрофией, жировой дистрофией печени, отеком легких и головного мозга. В данном случае хронический алкоголизм может рассматриваться как фоновое заболевание, а непосредственной (и основной одновременно) причиной смерти – прогрессирование туберкулеза. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) казеозная пневмония	<table border="1"><tr><td>A</td><td>1</td><td>5</td><td>.</td><td>0</td></tr></table>	A	1	5	.	0
A	1	5	.	0		
б) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
в) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
г) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
II Хронический алкоголизм	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			

Пример I.04. При первичном туберкулезе в фазе острого прогрессирования у подростка (рост первичного аффекта, прикорневой лимфаденит) смерть наступила от генерализации процесса и туберкулезного лептоменингита. Диагноз установлен на аутопсии (гистологическое подтверждение этиологии). Медицинское свидетельство о смерти:

I а) туберкулезный лептоменингит	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
б) первичный туберкулезный комплекс с прогрессированием	<table border="1"><tr><td>A</td><td>1</td><td>5</td><td>.</td><td>7</td></tr></table>	A	1	5	.	7
A	1	5	.	7		
в) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
г) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
II –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			

Пример I.05. При диссеминированном крупноочаговом туберкулезе легких смерть наступила от прогрессирования основного заболевания, выразившегося в формировании многочисленных очагов казеозного некроза и множественных пневмоцистных каверн (бактериологически – МБТ+). Медицинское свидетельство о смерти:

I а) диссеминированный туберкулез легких	<table border="1"><tr><td>A</td><td>1</td><td>9</td><td>.</td><td>0</td></tr></table>	A	1	9	.	0
A	1	9	.	0		
б) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
в) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
г) –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			
II –	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td></tr></table>				.	
			.			

Некоторые бактериальные зоонозы [A20–A28] объединяют чуму, туляремию, сибирскую язву, бруцеллез, сепсис и мелиоидоз и ряд других инфекций. Септические формы этих заболеваний – септическая чума [A20.7], генерализованная туляремия [A21.7], сибироязвенная септицемия [A22.7] – также включены в данную группу, а не рассматриваются как виды сепсиса.

Другие бактериальные инфекции [A30–A49] – группа, включающая в себя коды ряда тяжелых и потенциально опасных для жизни заболеваний: листериоза, столбняка (в т.ч. столбняка новорожденного и акушерского), дифтерии, менингококковой инфекции, сепсиса, рожи и др. Так, относительно часто встречающейся менингококковой инфекции присвоен код A39.– (прим. I.09 и I.10). Здесь же кодируются формы менингококкового сепсиса, которые могут служить первоначальными причинами смерти (A39.2 – острая менингококкцемия).

Пример I.06. При остром кавернозном туберкулезе верхушки левого легкого в фазе прогрессирования с развитием перифокальных очагов казеозной пневмонии (бактериологически – МБТ+) развилось аррозивное легочное кровотечение. Смерть наступила от постгеморрагического шока. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) постгеморрагический шок .
- б) легочное кровотечение .
- в) острый кавернозный туберкулез легких A 1 5 . 1
- г) – .
- II – .

Пример I.07. У больной, лечившейся от системной красной волчанки кортикостероидами в терапевтических дозах, развился стероидный милиарный туберкулез легких, печени, почек, надпочечников и селезенки, осложнившийся туберкулезным лептоменингитом, который послужил непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) туберкулезный менингит .
- б) генерализованный милиарный туберкулез .
- в) системная красная волчанка, леченная кортикостероидами M 3 2 . 1
- г) – .
- II – .

Пример I.08. У больного 27 лет, умершего от СПИДа (V стадия ВИЧ-инфекции), при жизни были диагностированы признаки генерализованного микобактериоза (МАС). Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) ВИЧ-инфекция с проявлениями микобактериоза B 2 0 . 0
- б) – .
- в) – .
- г) – .
- II – .

Пример I.09. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) менингококковый менингит A 3 9 . 0
- б) – .
- в) – .
- г) – .
- II – .

Действующая международная классификация сепсиса, принятая на конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины в 1991 году и поддержанная Барселонской декларацией по сепсису 2002 года, естественно, не отражена в МКБ-10. Кроме того, в МКБ-10 из-за несовпадения терминологии в английском и русском языках вообще отсутствует септикопиемия, и ее следует обозначать теми же кодами, что и септицемию. Таким образом, при учете в соответствии с МКБ-10 на первое место выходит этиология сепсиса, а не его клинкоморфологические формы. В случае, когда этиология процесса не установлена (например, септикопиемия, диагностированная на аутопсии), в свидетельстве о смерти ее обозначают как неуточненную [A41.9].

Сепсис обычно занимает в посмертном диагнозе место осложнений основного заболевания и часто является непосредственной причиной летального исхода (*прим. I.11*)¹. В качестве основного заболевания сепсис может фигурировать при менингококкцемии, септических формах бактериальных зоонозов (см. выше), а также в случае отсутствия первичного очага инфекции – т.н. криптогенный сепсис. В ряде ситуаций сепсис развивается после незначительной травмы или легкого ожога или на фоне иммунодефицита, обусловленного алкоголизмом, наркоманией, сахарным диабетом и др. (*прим. I.12*). В данной ситуации он также может рассматриваться как основное заболевание, а патология, обусловившая иммунодефицит, – как

Пример I.10. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| I а) молниеносная менингококкцемия | <table border="1"><tr><td>A</td><td>3</td><td>9</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> | A | 3 | 9 | 2 |
| A | 3 | 9 | | | |
| 2 | | | | | |
| б) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| в) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| г) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| II – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Пример I.11. Сепсис как осложнение основного заболевания при полинаркомании. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| I а) колибациллярная септикопиемия | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| б) карбункул почки | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| в) хронический обструктивный пиелонефрит | <table border="1"><tr><td>N</td><td>1</td><td>1</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | N | 1 | 1 | 1 |
| N | 1 | 1 | | | |
| 1 | | | | | |
| г) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| II Полинаркомания | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Пример I.12. Сепсис как основное заболевание на фоне сахарного диабета 1-го типа. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| I а) криптогенная септикопиемия | <table border="1"><tr><td>A</td><td>4</td><td>1</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>9</td></tr></table> | A | 4 | 1 | 9 |
| A | 4 | 1 | | | |
| 9 | | | | | |
| б) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| в) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| г) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| II Сахарный диабет 1-го типа | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ См. также ситуационную задачу 4 (с. 130).

фоновое состояние (указывается в разделе II свидетельства). При тяжелых первичных иммунодефицитных синдромах сепсис, как правило, рассматривается как осложнение иммунодефицита (*прим. III.02*). Септический и эндотоксический шоки, а также синдром полиорганной недостаточности во всех случаях расцениваются как осложнения (в т.ч. сепсиса) и в качестве первоначальной причины смерти в медицинских свидетельствах не фигурируют.

Следует знать, что такая особая форма сепсиса, как инфекционный (септический, бактериальный) эндокардит относится к классу IX «Болезни системы кровообращения» и представляет собой нозологическую единицу из группы иммунокомплексных болезней [I33.0]. В патолого-анатомической и судебно-медицинской практике важно дифференцировать полипозно-язвенный эндокардит как проявление инфекционного эндокардита и полипозно-язвенный эндокардит при септикопиемии как один из метастатических гнойных очагов.

Сепсис во время родов также предлагается рассматривать как основное заболевание ввиду отсутствия каких-либо значимых гнойно-воспалительных изменений в месте входных ворот (*прим. XV.09*). Важно отметить, что сепсис, связанный с беременностью и родами, кодируется в классе XV: сепсис после аборта, внематочной или молярной беременности [O08.0], сепсис во время родов [O75.3], послеродовый сепсис [O85]. То же относится к сепсису новорожденного [P36.-].

Отдельно выделяется и ятрогенный сепсис, который кодируется в классе XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», группа «Осложнения... вмешательства, не классифицированные в других рубриках»: сепсис, связанный с инфузией, трансфузией или терапевтической инъекцией [T80.2], постпроцедурный сепсис [T81.4] (*прим. I.13*).

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем [A50–A64], – блок, включающий в свой состав коды врожденного и приобретенного сифилиса – заболеваний, которые в современных условиях хотя и редко, но фигурируют среди первоначальных причин смерти. В МКБ-10 отсутствует сифилис плода (сифилис мертворожденных), а сифилис грудного и раннего детского возраста объединены в понятие «ранний врожденный сифилис»

Пример I.13. У пациента, лечившегося по поводу гипертонической болезни, развился постинъекционный абсцесс ягодицы и септицемия, послужившая непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) септицемия
 б) постинъекционный абсцесс
 в) –
 г) недостаточная стерильность при инфузии
 II Гипертоническая болезнь

□	□	□	.	□
T	8	0	.	2
□	□	□	.	□
Y	6	2	.	1
□	□	□	.	□

(до 2 лет) [A50.0–A50.2]. Отечественная классификация врожденного сифилиса несколько отличается от приведенной в МКБ-10, лучше отражая стадию процесса:

1. Сифилис плода;
2. Ранний врожденный сифилис (до 4 лет):
 - а) сифилис грудного возраста (до 1 года),
 - б) сифилис раннего детского возраста (от 1 до 4 лет);
3. Поздний врожденный сифилис (старше 4 лет);
4. Скрытый врожденный сифилис.

Именно ее целесообразно использовать для формулировки посмертных диагнозов и свидетельств о смерти, подбирая в МКБ-10 максимально соответствующие коды (*прим. I.14*). Здесь же, а не в классе IX, кодируются поражения сердца (в т.ч. пороки) при третичном сифилисе (*прим. I.15*).

Другие болезни, вызванные спирохетами [A65–A69], – блок, из которого исключены лептоспироз и сифилис, и представленный в основном кодами редких инфекций (фрамбезия, пинта), но среди них располагается и код актуального для Приморского края клещевого боррелиоза (болезни Лайма) – A69.2.

Другие болезни, вызванные хламидиями [A70–A74], – блок кодов нелетальных инфекций, не фигурирующих, как правило, в качестве первоначальных причин смерти.

Риккетсиозы [A75–A79] – группа, включающая в себя сыпной тиф и другие эпидемические инфекции, формулировка диагноза и свидетельства о смерти при которых описана в специальных руководствах.

Вирусные инфекции центральной нервной системы [A80–A89]. В этот блок включены коды полиомиелита [A80.–], медленных вирусных инфекций центральной нервной системы [A81.–] и бешенства [A82.–], которые хотя и являются потенциально летальными заболеваниями, не представляют

Пример I.14. У асоциальной женщины, страдавшей вторичным скрытым сифилисом, родился мертвый плод с признаками сифилитического поражения внутренних органов (белая пневмония, кремниевая печень). Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|------------------------------|-----------|
| а) сифилис плода | A 5 0 . 0 |
| б) – | |
| в) вторичный скрытый сифилис | A 5 1 . 5 |
| г) – | |
| д) – | |

Пример I.15. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|-----------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | |
| б) сифилитический мезоартрит с аортальной недостаточностью | A 5 2 . 0 |
| в) – | |
| г) – | |
| II – | |

актуальности для повседневной диагностики и анализа смертности в современной инфекционной клинике. В условиях Дальнего Востока и Сибири летальные исходы чаще всего регистрируются при так называемом дальневосточном (клещевом) весенне-летнем энцефалите (син. – русский весенне-летний энцефалит) [A84.0]. Смерть может наступать как от прогрессирования основного заболевания, так и от вторичных пневмоний, нередко развивающихся на фоне длительной искусственной вентиляции легких. В любой из вышеперечисленных ситуаций основной причиной смерти будет считаться клещевой энцефалит (*прим. I.16*)¹. Вышесказанное можно отнести и к комариному (японскому) энцефалиту [A83.0], который в Приморье, возможно, чаще встречается, чем диагностируется.

К вирусным энцефалитам, менингоэнцефалитам и менингитам, не классифицируемым в других рубриках и представленным в данном блоке класса I, относятся энтеровирусный и аденовирусный энцефалиты и менингиты, которые чаще регистрируются у детей и ослабленных больных как отражение генерализации соответствующей инфекции.

Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки [A90–A99]. Распространенная на Дальнем Востоке и в Сибири геморрагическая лихорадка с почечным синдромом [A98.5], а также омская [A98.1] и крымская [A98.0] геморрагические лихорадки, встречающиеся на территории России, кодируются как «Другие вирусные геморрагические лихорадки, не классифицированные в других рубриках». При геморрагической лихорадке с почечным синдромом непосредственной причиной смерти может служить острая почечная недостаточность и, реже, разрыв почки со смертельным кровотечением (*прим. I.17*). В условиях современной клиники при использовании гемодиализа среди непосредственных причин смерти могут фигурировать и связанные с ним осложнения, которые, учитывая проведение гемодиализа по жизненным показаниям, относят к осложнениям основного заболевания (геморрагической лихорадки с почечным синдромом).

Пример I.16. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) очаговая пневмония
 б) клещевой энцефалит
 в) –
 г) –

				.	
A	8	4	.	0	
				.	
				.	
				.	

II Длительная искусственная вентиляция легких

Пример I.17. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) острая почечная недостаточность
 б) геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
 в) –
 г) –

				.	
A	9	8	.	5	
				.	
				.	
				.	

II –

¹ См. также ситуационную задачу 5 (с. 130).

Вирусные инфекции, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек [B00–B09]. Смертельные исходы здесь чаще всего относятся к детскому возрасту и развиваются на фоне недоношенности и врожденных иммунодефицитов. Так, при шифровке кори в качестве основного заболевания следует учитывать, что ее основные коды (+) МКБ-10 расположены именно в классе I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», а также то, что кори с различными осложнениями присвоены разные коды (*прим. I.18 и I.19*).

Вирусный гепатит [B15–B19] может служить первоначальной причиной смерти, например, в случае тяжелых острых форм, осложненных печеночной комой. В этом же блоке располагаются коды, которые следует использовать для циррозов печени вирусной этиологии, которые по классификации V. Desment рассматриваются как IV (финальная) стадия хронического гепатита (*прим. I.20*). Смерть при вирусном циррозе печени может наступить от печеночной недостаточности, кровотечения из варикозно расширенных вен желудочно-кишечного тракта, асцита-перитонита и других причин. Однако печеночная недостаточность может осложнить течение вирусных гепатитов и в более ранние стадии при наличии, например, таких частых фоновых состояний, как внутривенная наркомания, которые должны отражаться в графе «II» свидетельства о смерти (*прим. I.21*).

Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [B20–B24], рассматривается как основное заболевание при наличии так называемых ВИЧ-ассоциированных и ВИЧ-индикаторных патологических процессов. К ним относится ряд инфекционных и паразитарных болезней [B20.–] (*прим. I.22*

Пример I.18. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) корь, осложненная энцефалитом	<input type="text" value="B05"/> . <input type="text" value="0"/>
б) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
в) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
г) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
II –	<input type="text"/> . <input type="text"/>

Пример I.19. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) корь, осложненная пневмонией	<input type="text" value="B05"/> . <input type="text" value="2"/>
б) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
в) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
г) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
II –	<input type="text"/> . <input type="text"/>

Пример I.20. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) желудочное кровотечение	<input type="text"/> . <input type="text"/>
б) варикозное расширение вен пищевода и желудка	<input type="text"/> . <input type="text"/>
в) цирроз печени в исходе вирусного гепатита С	<input type="text" value="B18"/> . <input type="text" value="2"/>
г) –	<input type="text"/> . <input type="text"/>
II –	<input type="text"/> . <input type="text"/>

и I.23), а также некоторые новообразования. Так, саркома Капоши, опухоль Беркитта и любое другое злокачественное новообразование лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей (рубрики С46.–, С81–С96), необходимо рассматривать как прямое последствие ВИЧ-инфекции в тех случаях, когда указана эта болезнь [В21.–] (*прим. I.24 и I.25*).

Вместе с тем такое допущение не следует делать относительно других типов злокачественных новообразований (*прим. I.26*). Как прямое следствие ВИЧ-инфекции следует также рассматривать инфекционные болезни, классифицированные в рубриках А00–В19, В25–В49, В58–В64, В99 – большинство инфекционных заболеваний или J12–J18 – пневмонии, **если они по времени возникновения не предшествовали ВИЧ-инфекции**¹.

В случае смерти больных ВИЧ-инфекцией от заболеваний, не перечисленных выше, свидетельство о смерти заполняется в соответствии с общими правилами, а ВИЧ-инфекция рассматривается в качестве фонового состояния и помещается в раздел «II».

Вышесказанное можно проиллюстрировать таким частым сочетанием патологических процессов, как ВИЧ-инфекция и туберкулез. Так, если ВИЧ-инфекция возникла у больного туберкулезом, то она рассматривается в качестве фонового заболевания и в медицинском свидетельстве о смерти

Пример I.21. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) печеночно-почечная недостаточность

			.	
--	--	--	---	--

б) хронический вирусный гепатит С

В	1	8	.	2
---	---	---	---	---

в) –

			.	
--	--	--	---	--

г) –

			.	
--	--	--	---	--

II Хроническая опиоидная наркомания

			.	
--	--	--	---	--

Пример I.22. Опиоидный наркоман, страдавший ВИЧ-инфекцией в стадии 4Б, умер от генерализованной кандидозной инфекции (сепсиса). Медицинское свидетельство о смерти:

I а) кандидомикозный сепсис

			.	
--	--	--	---	--

б) ВИЧ-инфекция с кандидозом

В	2	0	.	4
---	---	---	---	---

в) –

			.	
--	--	--	---	--

г) –

			.	
--	--	--	---	--

II Хроническая опиоидная наркомания

			.	
--	--	--	---	--

Пример I.23. Опиоидный наркоман, страдавший ВИЧ-инфекцией в стадии 4В, умер от сочетания токсоплазмоза головного мозга (некротический энцефалит), двухсторонней пневмоцистной пневмонии и генерализованной цитомегаловирусной инфекции. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) ВИЧ-инфекция с проявлением множественных инфекций

В	2	0	.	7
---	---	---	---	---

б) –

			.	
--	--	--	---	--

в) –

			.	
--	--	--	---	--

г) –

			.	
--	--	--	---	--

II Хроническая опиоидная наркомания

			.	
--	--	--	---	--

¹ См. также ситуационную задачу 6 (с. 130).

записывается в разделе «II» (*прим. I.27*). Если же пациент с ВИЧ-инфекцией заболевает туберкулезом, то туберкулез становится ВИЧ-ассоциированным процессом и кодируется в составе основного заболевания (*прим. I.28*).

Также следует заметить, что в случае смерти от ВИЧ-инфекции беременной или женщины в родах и послеродовом периоде используются коды именно этой группы заболеваний, а не коды класса XV «Беременность, роды и послеродовый период».

Другие вирусные болезни [B25–B34] включают цитомегаловирусную инфекцию (за исключением врожденной – P35.1), эпидемический паротит с осложнениями, инфекционный мононуклеоз и ряд других вирусных заболеваний. Цитомегаловирусная инфекция может быть проявлением ВИЧ-инфекции [B20.2] и относительно часто регистрируется в качестве причины смерти у недоношенных детей.

Пример I.24. Молодая девушка, страдавшая ВИЧ-инфекцией в стадии 4Б, умерла от В-крупноклеточной лимфомы. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I а) ВИЧ-инфекция с неходжкинской лимфомой | B 2 1 2 | . | <input type="checkbox"/> |
| б) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Пример I.25. У опиоидного наркомана, страдавшего ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа, возникла саркома Капоши с генерализацией процесса. Смерть наступила от кахексии. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| I а) кахексия | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) ВИЧ-инфекция с проявлениями саркомы Капоши | B 2 1 0 | . | <input type="checkbox"/> | | |
| в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II Хроническая опиоидная наркомания | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример I.26. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| I а) множественные гематогенные метастазы рака | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) массивный рак легкого | C 3 4 8 | . | <input type="checkbox"/> | | |
| в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II ВИЧ-инфекция | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример I.27. Мужчина-полинаркоман, страдавший фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, заболел ВИЧ-инфекцией, на фоне которой туберкулезный процесс вышел из-под терапевтического контроля и осложнился массивным легочным кровотечением. Непосредственная причина смерти – постгеморрагический шок. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| I а) постгеморрагический шок | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) легочное кровотечение | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| в) фиброзно-кавернозный туберкулез легких | A 1 5 0 | . | <input type="checkbox"/> | | |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II ВИЧ-инфекция. Полинаркомания | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Микозы [B35–B49] в настоящее время высокоактуальны, что связано с широким распространением приобретенных и врожденных иммунодефицитных состояний. В случае ВИЧ-инфекции и тяжелых врожденных иммунодефицитов генерализованные формы микозов рассматриваются как осложнения основного заболевания и могут служить непосредственными причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти могут выступать тяжелые органичные и первично генерализованные грибковые поражения, которые чаще всего развиваются на фоне вторичных иммунодефицитов – лекарственного, при наркоманиях, алкоголизме, сахарном диабете и пр. (*прим. I.29*).

Протозойные болезни [B50–B64] – блок, не включающий коды амебной дизентерии [A06.–] и протозойных кишечных поражений [A07.–]. Сюда входит такая распространенная в мире и тяжелая инфекция, как малярия. В связи с меняющимися эпидемиологической ситуацией и климатом это заболевание в ближайшие десятилетия может стать актуальным и для юга Дальнего Востока России (*прим. I.30*).

Среди других протозойных болезней следует упомянуть токсоплазмоз, который может протекать с тяжелыми органичными поражениями, однако случаи мертворождения и смерти новорожденных от токсоплазмоза кодируются в классе XVI – врожденный токсоплазмоз [P37.1].

Гельминтозы [B65–B83] при определенных условиях могут становиться первоначальными причинами смерти. Так, встречающийся на юге Дальнего Востока России, в Китае, Корее и Японии парагонимоз крайне редко,

Пример I.28. У больного, страдавшего ВИЧ-инфекцией (IVB стадия), развился милиарный туберкулез легких, послуживший непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) ВИЧ-инфекция с проявлениями туберкулеза | <input type="text" value="B"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> . <input type="text" value="0"/> |
| б) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример I.29. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|----------------------------|---|
| I а) аспергиллезный сепсис | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) аспергиллез легких | <input type="text" value="B"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="4"/> . <input type="text" value="0"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II Хронический алкоголизм | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример I.30. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| I а) острая почечная недостаточность | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) гемоглинурийный нефроз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) тропическая малярия | <input type="text" value="B"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> . <input type="text" value="8"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

но может служить причиной смерти. Причем если типичная форма этого гельминтоза обозначается кодом В66.4, то ларвальная (личиночная) инвазия – кодом В83.0 (висцеральная *Larva migrans*).

Среди первоначальных причин смерти также могут фигурировать тяжелые формы эхинококкоза [В67.–], цистицеркоз центральной нервной системы [В69.0], трихинеллез [В75] и казуистически редко – другие гельминтозы.

Педикулез, акариаз и другие инфекации [В85–В89] не являются предметом анализа смертности населения.

Последствия инфекционных и паразитарных болезней [В90–В94] – блок кодов последствий состояний, обозначенных в рубриках А00–В89. Для эпидемиологического анализа важно, чтобы подобные состояния не рассматривались в качестве свежих или текущих инфекционных болезней. Сюда, например, относятся последствия туберкулеза органов дыхания, обусловившие смерть пациента без наличия активного инфекционного процесса (*прим. I.31*)¹.

Бактериальные вирусные и другие инфекционные агенты [В95–В97] – блок, не используемый при первичном кодировании смертности (дополнительные коды для идентификации возбудителя).

Другие инфекционные болезни – блок, который содержит единственный код [В99] и не используется при первичном кодировании смертности.

Класс II. Новообразования [С00–D48]

Смертность от злокачественных новообразований в Приморском крае имеет тенденцию к увеличению. Так, по данным ПК МИАЦ, с 2006 по 2008 год она увеличилась с 195,9 до 207,5 на 100 000 населения. По показателям заболеваемости в регионе лидирующие места занимают рак легких, злокачественные новообразования кожи и рак молочной железы.

Классификация злокачественных новообразований, соответствующая МКБ-10, приведена в приказе Минздрава РФ № 135 от 19.04.1999 г. В составе посмертного диагноза они могут выступать в роли основного (в т.ч. комбинированного) или сопутствующего заболевания. В качестве осложнений основного заболевания могут рассматриваться только саркома Капоши, опу-

Пример I.31. Пациент с диффузным пневмосклерозом в исходе диссеминированного туберкулеза легких умер от декомпенсации хронического легочного сердца (всеми методами – МБТ–). Медицинское свидетельство о смерти:

I а) хроническая недостаточность кровообращения

				.	
				.	
В	9	0	.	.	9
				.	
				.	

б) легочное сердце

в) посттуберкулезный пневмосклероз

г) –

II –

				.	
				.	
В	9	0	.	.	9
				.	
				.	

				.	
				.	
				.	
				.	

				.	
				.	
				.	
				.	

¹ Фиброз легкого как отдаленное последствие туберкулеза может кодироваться по МКБ-10 и как поствоспалительный легочный фиброз [J84.1].

холь Беркитта, злокачественные новообразования лимфоидной и кроветворной ткани в том случае, когда основным заболеванием является ВИЧ-инфекция (см. выше, прим. I.24 и I.25).

Для гистологической верификации опухолей и уточнения их топографии в посмертном диагнозе целесообразно использовать шифры Международной классификации болезней в онкологии (МКБ-О). В медицинском же свидетельстве о смерти предусмотрено использование только кодов, имеющих в МКБ-10. Отдельного упоминания заслуживают коды со знаком «.8», обозначающим новообразования, «выходящие за пределы одной и более указанных локализаций»: имеются в виду смежные области органов, когда одна из них продолжает другую (прим. II.02)¹.

Следует избегать излишней детализации записей в медицинском свидетельстве о смерти, используя лишь необходимые для статистического учета понятия и термины. Так, диагнозы «рак левого яичника с распространенными метастазами (T₄N₁M₁)» и «рак правого яичника с метастазами в легкие (T₂N₀M₁)» имеют по МКБ-10 код C56 (злокачественное новообразование яичника) и могут быть описаны в медицинском свидетельстве о смерти как «рак яичника» с указанным кодом (прим. II.01). Тем не менее в медицинском свидетельстве о смерти должна быть достаточно полно отражена локализация патологического процесса для обозначенных в МКБ-10 ситуаций. Так, рак желудка в зависимости от локализации может иметь коды от C16.0 до C16.8 (прим. II.03). Исключением здесь могут быть случаи, когда по объективным причинам невозможно уточнение многих особенностей онкологического заболевания (прим. II.05, II.09).

В МКБ-10 приведен перечень острых и терминальных болезней, синдромов и патологических состояний, которые при наличии патогенетической связи могут рассматриваться как осложнения и причины смерти при злокачественных новообразованиях. К ним относятся инфаркт миокарда и другие острые формы коронарных расстройств, легочная эмболия, острый перикардит, эндокардиты и миокардиты, нарушения проводимости и ритма сердца, сердечная недостаточность, асистолия, а также нарушения мозгового кровообращения. Некоторые системные заболевания соединительной ткани (дермато- и полимиозит, некоторые системные васкулиты) могут осложнять течение злокаче-

Пример II.01. Женщина, страдавшая раком левого яичника (низкодифференцированная аденокарцинома) с метастазами в тазовые и парааортальные лимфоузлы, печень и легкие (T₄N₁M₁), умерла от кахексии. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) кахексия	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	
б) рак яичника	<input type="text"/>	C	5	6	.	<input type="text"/>
в) -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	
г) -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	
II -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	

¹ См. также ситуационную задачу 7 (с. 130).

ственных новообразований, реализуясь в качестве паранеоплазий, которые уже сами по себе или через свои осложнения ведут к смерти (*прим. II.06, II.07*).

В условиях современной клиники смерть пациентов с онкологическими заболеваниями может наступать от осложнений оперативного и консервативного лечения. Зачастую такие медицинские мероприятия проводятся по жизненным показаниям, не имеют альтернативы, а их неизбежные осложнения «запрограммированы». В подобной ситуации ятрогенная патология рассматривается как осложнение основного заболевания – опухоли (*прим. II.04*). Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония любого типа, кровотечение, тромбофлебит, эмболия, тромбоз, септицемия, остановка сердца, острая почечная недостаточность, аспирация, ателектаз и инфаркт) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если она была проведена менее чем за 4 недели до смерти (*прим. II.02*).

Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки [C00–C14] с большой вероятностью, учитывая локализацию поражения, могут приводить к различным нарушениями мозгового кровообращения, которые зачастую являются следствием оперативных вмешательств в зоне интереса. Учитывая тяжесть основного заболевания, такие ятрогенные процессы, как правило, рассматриваются в качестве осложнений злокачественного новообразования (*прим. II.02*).

Злокачественные новообразования органов пищеварения [C15–C25] – группа кодов, относящихся в том числе и к таким распространенным в популяции опухолям, как рак пищевода, желудка и толстой кишки. Среди непосредственных причин смерти здесь зачастую регистрируются кровотечения и перфорации с развитием перитонита и других гнойных осложнений, что в типичных случаях не создает сложностей для формулировки заключения о причине смерти (*прим. II.03*). Иногда непосредственные причины смерти могут иметь здесь и ятрогенный характер (*прим. II.04*).

При злокачественных новообразованиях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы непосредственной причиной смерти могут становиться печеночная (печеночно-почечная) недостаточность, а иногда –

Пример II.02. Больному с раком миндалины, прорастающим в небные дужки, и метастазами в региональные лимфоузлы проведена операция Крайля. В раннем послеоперационном периоде развился тромбоз общей сонной артерии на стороне поражения. Смерть наступила от обширного инфаркта головного мозга. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) инфаркт головного мозга	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
б) тромбоз общей сонной артерии после операции Крайля (дата)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
в) рак небной миндалины	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
г) –	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>
II –	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>

¹ См. также ситуационную задачу 8 (с. 130).

нарушения углеводного обмена в виде кетоацидотической, гиперосмолярной и гиперлактацидемической ком (*прим. IV.08*).

В исключительных случаях, когда точная локализация поражения желудочно-кишечного тракта неизвестна и свидетельство о смерти выдается без вскрытия, допустимо использовать неточные диагностические формулировки, обозначая их кодами С26 – «Злокачественные новообразования других и неточно обозначенных органов пищеварения» (*прим. II.05*).

Злокачественные новообразования органов дыхания и грудной клетки [С30–С39] – группа кодов, куда включены коды и опухолей среднего уха, а также такие часто встречающиеся на практике онкологические процессы, как злокачественные новообразования трахеи и легких. Здесь еще раз следует упомянуть о паранеопластических процессах, которые могут считаться одним из типичных проявлений рака легкого. Клиника паранеоплазий может предшествовать клинике опухоли, затрудняя прижизненную диагностику новообразований, может развиваться параллельно с ней, а иногда именно паранеоплазии могут становиться причиной смерти онкологических больных (*прим. II.06*).

Пример II.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|------------------------------|---|
| I а) перитонит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) перфорация стенки желудка | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) рак тела желудка | <input type="text"/> C16 . <input type="text"/> 2 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример II.04. У больного, поступившего в клинику по поводу острой кишечной непроходимости, во время ургентной операции обнаружен рак нисходящего отдела ободочной кишки с прорастанием в окружающие органы, канцероматозом брюшины и метастазами в забрюшинные лимфоузлы ($T_4N_1M_x$). В сложных анатомических условиях по жизненным показаниям выполнена колостомия. В раннем послеоперационном периоде развилась несостоятельность кишечных швов и разлитой каловый перитонит, послуживший непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти¹:

- | | |
|--|---|
| I а) перитонит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) несостоятельность швов после операции колостомии (дата) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) рак нисходящей ободочной кишки | <input type="text"/> C18 . <input type="text"/> 6 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример II.05. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) острая сердечная недостаточность | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) злокачественная опухоль гепатодуоденальной зоны | <input type="text"/> C26 . <input type="text"/> 0 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

¹ Следует заметить, что в данном примере количество звеньев танатогенетической цепочки («рак – кишечная непроходимость – операция – несостоятельность швов – перитонит») превышает число строк в графе I свидетельства о смерти (а, б, в), что требует корректного сокращения записи.

Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей [С30–С39] – группа кодов, из которой исключены некоторые злокачественные новообразования костного мозга [С96.7] и опухоли синовиальной оболочки [С49.–]. Сюда, в частности, входят злокачественные опухоли длинных трубчатых костей, а также костей черепа и лица.

Меланома и другие злокачественные новообразования кожи [С43–С44] – группа кодов, в которую не входят такое распространенное поражение дермы, как саркома Капоши [С46.–], и новообразования кожи половых органов [С51–С52, С60.– и С63.–]. В отечественной номенклатуре под меланомой подразумевается злокачественное новообразование из меланинообразующей ткани, в МКБ же присутствует некорректный термин «злокачественная меланома», который не следует использовать при формулировке заключения о причинах смерти.

Злокачественные новообразования мезотелиальной и мягких тканей [С45–С49] – группа кодов, в том числе относящаяся к саркоме Капоши [С46.–], распространенность которой, учитывая заболеваемость ВИЧ-инфекцией, в последние десятилетия значительно выросла. Однако следует еще раз подчеркнуть, что в этой группе кодов обозначается «первичная» саркома Капоши. То же состояние у лиц, страдающих ВИЧ-инфекцией, рассматривается как осложнение этого заболевания (и возможная непосредственная причина смерти – *прим. I.25*)

Злокачественные новообразования молочной железы [С50] – коды, относящиеся к раку и другим злокачественным опухолям молочной железы. Учитывая современные методы скрининга и диагностики злокачественных новообразований молочной железы, причиной смерти при этих заболеваниях могут служить ятрогенные состояния (напр., лучевой фиброз легких, осложненный лимфостаз) и, относительно часто, – поздние метастазы. В последнем случае, когда распространенные метастатические поражения диагностируются через несколько лет после операции мастэктомии, в диагнозе и в свидетельстве о смерти кодируется не опухоль молочной железы, а «злокачественное новообразование без уточнения локализации» [С80] (*прим. II.08*).

Злокачественные новообразования женских половых органов [С51–С58] – группа кодов распространенных среди женского населения онкологических заболеваний, из которых исключены ряд злокачественных новообразований плаценты. В типичных случаях выдача медицинских свидетельств о смерти здесь сложности не представляет (*прим. II.01*). Следует отметить, что смерть женщин, страдающих раком шейки и/или тела матки, часто бывает обусловлена ятрогенными причинами (осложнения лучевой и химиотерапии). В эту же группу включены коды новообразований кожи данной локализации.

Злокачественные новообразования мужских половых органов [С60–С63] – группа, куда включены коды и злокачественных новообразований кожи данной локализации. Сюда входят и коды злокачественных опухолей предста-

тельной железы, доля которых в структуре смертности в развитых странах мира в последние десятилетия значительно увеличилась.

Злокачественные новообразования мочевых путей [С64–С68] – группа кодов злокачественных новообразований почки и мочевыводящих путей. В некоторых ситуациях непосредственной причиной смерти здесь может стать инфаркт миокарда, не имеющий отношения к ишемической болезни сердца (*прим. П.07*).

Злокачественные новообразования глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы [С69–С72]. Следует подчеркнуть, что относительно новообразований центральной нервной системы использование термина «злокачественные» не совсем корректно. В гистологической классификации этих опухолей принято пользоваться терминами «зрелые» и «незрелые», поскольку локализация новообразования внутри черепа априори позволяет отнести его к злокачественным процессам. Поэтому данную группу кодов следует отнести к незрелым опухолям центральной нервной системы, тогда как зрелые опухоли данной локализации обозначаются кодами D33.–.

Злокачественные новообразования щитовидной железы и других эндокринных желез [С73–С75]. Особенностью данной группы нозологий являются

Пример П.06. При периферическом нижнедолевом раке легкого со скудными клиническими проявлениями развился полимиозит, осложнившийся крупноочаговой сливной абсцедирующей пневмонией, которая и послужила непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) очаговая пневмония
 б) полимиозит
 в) рак нижней доли легкого
 г) –

			.	
			.	
С	3	4	.	3
			.	
			.	

II –

Пример П.07. У больного, страдавшего гипернефроидным раком левой почки ($T_4N_2M_0$) с проявлениями паранеопластического гиперкоагуляционного синдрома, смерть наступила от отека легких. На аутопсии обнаружен тромб в передней нисходящей ветви левой коронарной артерии и крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) отек легких
 б) инфаркт миокарда
 в) гипернефроидный рак почки
 г) –

			.	
			.	
С	6	4	.	

II –

Пример П.08. Женщина, прожившая два года после операции мастэктомии, умерла от множественных поздних метастазов опухоли. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) множественные поздние метастазы рака
 б) –
 в) –
 г) –

С	8	0	.	
			.	
			.	
			.	
			.	

II Рак молочной железы, операция мастэктомии (дата)

возможные эндокринные расстройства, которые могут служить непосредственными причинами смерти.

Злокачественные новообразования неточно обозначенных, вторичных и неуточненных локализаций [С76–С80]. Коды метастатических (вторичных) новообразований не используются в статистике смертности. В таких случаях кодируется «злокачественное новообразование без уточнения локализации» [С80]. Это правило применимо, например, в случаях поздних метастазов после операций по поводу рака молочной железы (*прим. II.08*) или при выдаче свидетельства о смерти на онкологического больного с неустановленной локализацией новообразования. На практике иногда диагноз новообразования по объективным причинам не может быть конкретизирован и, если вскрытие не проводилось, используют соответствующие коды из этой группы (*прим. II.09*).

Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей [С91–С96]. Данная группа кодов относится к онкологическим процессам, точная диагностика которых невозможна без углубленного гистологического, цитологического и иммуногистохимического исследования. Непосредственные причины смерти при лейкозах и лимфомах достаточно разнообразны: кровотечения и кровоизлияния, инфаркты сердца и головного мозга, инфекционные процессы на фоне иммунодефицита, ятрогенные осложнения современных методов лечения. Следует подчеркнуть, что расстройства мозгового и коронарного кровотока здесь связаны с особенностями патогенеза новообразований и не относятся к проявлениям цереброваскулярных болезней и ишемической болезни сердца (*прим. II.10–II.14*).

Пример II.09. У женщины 85 лет, страдавшей тяжелыми нарушениями ритма сердца (атеросклеротический кардиосклероз) и несколько лет не встававшей с постели, за несколько месяцев до смерти стал увеличиваться живот, появился асцит и внутрикожные метастазы. Участковый терапевт заподозрил рак яичника. Ввиду тяжести состояния и нетранспортабельности больной дополнительное обследование и дифференциальная диагностика с другими онкологическими процессами брюшной полости и таза не выполнены. Смерть от прогрессирующей кахексии. Вскрытие трупа не проводилось. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) кахексия

б) злокачественная опухоль брюшной полости и таза

в) –

г) –

II Атеросклеротический кардиосклероз

			.	
С	7	6	.	8
			.	
			.	
			.	

Пример II.10. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) очаговая пневмония

б) лимфогранулематоз, лимфоидное истощение

в) –

г) –

II –

			.	
С	8	1	.	3
			.	
			.	
			.	

Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций [C97]. Данный код применим при выдаче медицинского свидетельства о смерти в относительно редких наблюдениях первично-множественных (синхронных или метастатических) злокачественных опухолей.

Новообразования in situ [D00–D09] – группа кодов, не используемая в статистике смертности.

Доброкачественные новообразования [D10–D36] иногда могут стать первоначальными причинами смерти – в основном в связи с местными осложнениями, обусловленными компрессией растущей опухолью жизненно важных структур или с распадом самой опухоли (напр., гемангиома печени с массивным внутрибрюшным кровотечением). Особую опасность могут представлять доброкачественные (зрелые) опухоли центральной нервной системы, учитывая их локализацию вблизи витальных структур мозга.

Новообразования неопределенного или неизвестного характера [D37–D48] – группа кодов, практически не используемая в статистике смертности. Среди исключений здесь можно назвать злокачественный (инвазивный) пузырьный занос или хорионэпителиому, кодирование которых проводится по классу

Пример II.11. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| I а) острая почечная недостаточность | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) миеломная почка | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) плазмноклеточный лейкоз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример II.12. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|------------------------|---|
| I а) нейрорлейкемия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) острый миелорлейкоз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример II.13. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|-----------------------------|---|
| I а) кровоизлияние в мозг | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) хронический миелорлейкоз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример II.14. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) тампонада сердечной сорочки кровью | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) инфаркт миокарда с разрывом | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) хроническая эритремия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

II [D39.2], а не по классу XV «Беременность, роды и послеродовый период» (прим. II.15).

Кроме того, здесь могут быть закодированы миелодиспластические синдромы неуточненной этиологии [D46.-] и ряд других редких патологических состояний неизвестной природы.

Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм [D50–D89]

Заболевания этого класса могут фигурировать в посмертном диагнозе как в качестве основной причины смерти, так и в качестве осложнений основного заболевания и непосредственной причины смерти. Так, постгеморрагические анемии всегда являются осложнением болезни или травмы, и часто – непосредственной причиной смерти. Некоторые другие анемии, первичные и идеопатические, могут быть и первоначальной причиной смерти (прим. III.01).

Иммунодефицитные синдромы, входящие в класс III, могут занимать в диагнозе место фонового заболевания, обуславливающего смертельные осложнения инфекционных процессов. Тяжелые же врожденные иммунодефициты, особенно у детей первого года жизни, рассматриваются как первоначальная причина смерти, а возникшие инфекционные процессы – как их осложнения (прим. III.02).

Пример II.15. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) внутрибрюшное кровотечение | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) разрыв матки | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) инвазивный пузырный занос | D | 3 | 9 | 2 |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример III.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) острая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) миокардиодистрофия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) аутоиммунная гемолитическая анемия | D | 5 | 9 | 1 |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример III.02. У ребенка 3 месяцев, страдавшего врожденным тяжелым комбинированным иммунодефицитом, смерть наступила от стафилококковой септицемии без явного первичного септического очага. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) стафилококковый сепсис | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) тяжелый комбинированный иммунодефицит | D | 8 | 1 | 9 |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ [E00–E90]

Болезни щитовидной железы [E00–E07] фигурируют в качестве первоначальных причин смерти достаточно редко, учитывая эффективную терапию подобного рода эндокринных нарушений и хирургические методы лечения. Острый гнойный тиреоидит, чреватый аррозивными и септическими осложнениями, как правило, имеет посттравматическую природу и входит в сферу интересов судебно-медицинских экспертов – здесь в качестве первоначальной причины смерти выступает травма (*прим. IV.01*).

В практике патологоанатомов смерть от тиреотоксикоза встречается в виде исключения, при диагностических ошибках (*прим. IV.02*).

Сахарный диабет [E10–E14] – самая частая эндокринная патология. Считается, что в развитых странах сахарным диабетом страдает 1–2% взрослого населения. Субклинические формы сахарного диабета – нарушенная толерантность к глюкозе (ВОЗ, 1979) – могут переходить в клинические под влиянием ряда неблагоприятных факторов и манифестироваться тяжелой комой. Следует помнить, что основной (первоначальной) причиной смерти сахарный диабет считается в случае смерти от комы (кетоацидотической, гиперосмолярной, гиперлактацидемической), от диабетической нефропатии и от диабетической гангрены на почве микроангиопатий. Смерть от гипогликемической комы чаще относится к ятрогениям, и сахарный диабет здесь не фигурирует в качестве основного заболевания.

Сахарный диабет 1-го и 2-го типов кодируется как E10 и E11 соответственно. Четвертый знак (после точки) уточняет вид осложнения для рубрик E10–E14: 0 – с комой, 1 – с кетоацидозом без комы, 2 – с поражением почек, 3 – с поражением глаз, 4 – с неврологическими осложнениями, 5 – с нарушениями

Пример IV.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|
| I | a) | аррозивное кровотечение | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | b) | острый гнойный тиреоидит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | v) | открытая рана шеи, затрагивающая щитовидную железу | S | 1 | 1 | . | 1 |
| | г) | мотоциклист, пострадавший в результате ДТП | V | 2 | 3 | . | 0 |
| II | - | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример IV.02. Женщина 58 лет поступила в клинику с жалобами на боли в сердце и приступы сердцебиения. Был заподозрен инфаркт миокарда, начато соответствующее лечение. Через сутки развился приступ тахикардии, завершившийся смертью от острой сердечно-сосудистой недостаточности. На вскрытии обнаружен диффузный токсический зоб и тиреотоксическое сердце с резкой дилатацией полостей. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|
| I | a) | острая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | b) | тиреотоксическое сердце | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | v) | диффузный токсический зоб | E | 0 | 5 | . | 0 |
| | г) | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II | - | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |

периферического кровообращения, 6 – с другими уточненными осложнениями, 7 – с множественными осложнениями, 8 – с неуточненными осложнениями, 9 – без осложнений (*прим. IV.03–IV.05*).

Сахарный диабет при беременности кодируется в классе XV «Беременность, роды и послеродовый период», имеющем приоритет перед другими классами МКБ-10. Причем там кодируется не только диабет беременных, но и предсуществовавший сахарный диабет – инсулинзависимый [O24.0] и инсулиннезависимый [O24.1] (*прим. IV.06*).

В подавляющем же большинстве случаев сахарный диабет в диагнозе занимает место фонового заболевания, отягощающего течение основного страдания, а в медицинском свидетельстве о смерти заносится в графу II (*прим. IV.07*).

В плане этиологии сахарный диабет может рассматриваться как следствие различных патологических состояний, синдромов, объединенных общим знаменателем – гипергликемией. Так, первичным считается сахарный диабет при хроническом панкреатите, изолированном амилоидозе панкреатических островков, аутоиммунном поражении β -клеток и т.д. Однако в ряде случаев

Пример IV.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|---------------------------|----------------------|---|----------------------|---|---|
| I | а) | кетоацидотическая кома | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | б) | сахарный диабет 1-го типа | E | 1 | 0 | . | 0 |
| | в) | – | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | г) | – | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| II | – | | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |

Пример IV.04. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|----------------------------|----------------------|---|----------------------|---|---|
| I | а) | уремия | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | б) | диабетический нефросклероз | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | в) | сахарный диабет 1-го типа | E | 1 | 0 | . | 2 |
| | г) | – | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| II | – | | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |

Пример IV.05. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|---------------------------|----------------------|---|----------------------|---|---|
| I | а) | септицемия | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | б) | диабетическая гангрена | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | в) | сахарный диабет 2-го типа | E | 1 | 1 | . | 5 |
| | г) | – | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| II | – | | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |

Пример IV.06. Женщина, страдавшая тяжелым инсулинзависимым сахарным диабетом и не пожелавшая прервать беременность по медицинским показаниям, умерла от гипертонической комы на 30-й неделе беременности. Плод погиб. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|--|----------------------|---|----------------------|---|---|
| I | а) | гипертоническая кома | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | б) | сахарный диабет 1-го типа | O | 2 | 4 | . | 0 |
| | в) | – | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| | г) | – | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |
| II | – | Беременность 30 недель, антенатальная гибель плода | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | |

сахарный диабет принято рассматривать как вторичное состояние, осложняющее, например, опухоли поджелудочной железы (*прим. IV.08*).

Исключение из общих правил МКБ-10 служит послеродовый некроз гипофиза (болезнь Симмондса, синдром Шихана), который кодируется в этом классе заболеваний, а не в классе XV «Беременность, роды и послеродовый период». Другие эндокринные заболевания, а также нарушения питания и обмена веществ крайне редко становятся причиной гибели пациентов, и выдача медицинского свидетельства о смерти здесь не представляет особых трудностей. Отдельного упоминания из этого класса заслуживают такие нарушения обмена веществ, как муковисцидоз [E84.-] и амилоидоз [E85.-]. Первый может служить причиной смерти в перинатальном периоде (*прим. IV.09*).

Что же касается амилоидоза, то его положение в посмертном диагнозе не всегда можно оценить однозначно. Конечно, достаточно редкие наследственные и идиопатические формы этого страдания могут фигурировать в качестве основной причины смерти. Что же касается системного вторичного амилоидоза, то, при наличии на момент смерти вызвавшего его заболевания, именно это заболевание следует считать основной причиной смерти (*прим. IV.10*).

Пример IV.07. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I | а) гангрена конечности | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | б) тромбоз бедренной артерии | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | в) атеросклероз артерий конечностей | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II | Сахарный диабет 2-го типа | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IV.08. Больная 54 лет госпитализирована в клинику по СМП в тяжелом состоянии с симптомами кетоацидоза. Сахарный диабет в анамнезе отсутствовал. Несмотря на интенсивную терапию, наступила смерть. На вскрытии обнаружен рак тела и хвоста поджелудочной железы. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I | а) кетоацидотическая кома | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | б) диабетический синдром | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | в) рак тела и хвоста поджелудочной железы | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II | – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IV.09. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | | | |
|----|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| а) | кистозный фиброз поджелудочной железы | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) | терминальный илеус | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) | хронический пиелонефрит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) | – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| д) | амниотомия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IV.10. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I | а) уремия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | б) вторичный нефропатический амилоидоз | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | в) ревматоидный артрит с системными проявлениями | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II | – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

В тех случаях, когда вторичный амилоидоз «отрывается» от своей причины, он становится «второй болезнью» и может выступать в качестве первоначальной причины смерти (*прим. IV.11*).

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения [F00–F99]

Посмертный диагноз в случае смерти пациента с психическим расстройством рядом авторов рекомендуется составлять из двух частей: «психиатрический диагноз» и «соматический диагноз». Зачастую именно соматическая патология собственно и является здесь причиной смерти пациента. Она может быть практически не связана с психическим состоянием больного: например, смерть престарелого пациента психиатрического стационара от инфаркта миокарда как формы ишемической болезни сердца. Тем не менее нельзя не учитывать и психиатрическую составляющую диагноза. Не касаясь самоубийств, например, лиц с маниакально-депрессивным синдромом и другими психическими заболеваниями, следует заметить, что формальная связь между психической и соматической патологией зачастую прослеживается. Так, больной шизофренией может зимой выйти на улицу без одежды, заболеть пневмонией и умереть от нее. Поэтому, не вдаваясь в тонкости патогенеза психосоматических состояний и помня о формализованности свидетельства о смерти, можно рекомендовать в большинстве случаев в графе «I» указывать соматические причины смерти (непосредственную, промежуточную, основную), а в графе «II» записывать психиатрический диагноз как «важное сопутствующее» или «фоновое» заболевание (*прим. V.01*).

Иногда патогенетическая зависимость между психиатрической и соматической патологией может быть более тесной, однако невозможность

Пример IV.11. Мужчина 62 лет скончался от прогрессирующей почечной недостаточности (уремии). В анамнезе – операция лобэктомии по поводу устойчивого к консервативной терапии фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. На вскрытии обнаружен вторичный амилоидоз с поражением печени, селезенки и почек. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I | а) уремия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | б) амилоидное сморщивание почек | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | в) вторичный системный амилоидоз | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II | Фиброторакс после пункционэктомии по поводу туберкулеза легких (дата) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример V.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I | а) бактериально-токсический шок | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | б) крупозная пневмония | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| | г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II | Недифференцированная шизофрения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

морфологического подтверждения психических расстройств диктует их трактовку в свидетельстве о смерти как «важных сопутствующих заболеваний» (прим. V.02).

Для улучшения учета смертности лиц, страдавших алкоголизмом и наркоманиями, Минздравсоцразвития России рекомендует¹ при вскрытии умерших старше 15 лет обращать внимание на признаки соматических изменений алкогольной этиологии, проводить токсико-химические исследования жидкостей и тканей трупа на наличие алкоголя, наркотических и психотропных средств². В части «П» медицинского свидетельства о смерти и в строке «В» медицинского свидетельства о перинатальной смерти необходимо отражать данные о том, что умерший (или мать умершего ребенка) страдал алкоголизмом или наркоманией³. Данную информацию должен указывать врач, заполняющий свидетельство о смерти, включая и те случаи, когда вскрытие трупа не проводилось.

В судебно-медицинской практике в случае летального исхода от отравления алкоголем и его суррогатами эта интоксикация рассматривается как первоначальная причина смерти и кодируется шифрами класса XIX: отравление этанолом [T51.0], отравление метанолом [T51.1], отравление изопропиловым спиртом [T51.2], отравление сивушными маслами [T51.3], отравление другими спиртами [T51.8] и отравление спиртом неуточненным [T51.9]. Второй дополнительный код (для строки «Г» свидетельства) приводится из класса XX: случайное отравление и воздействие алкоголя и его суррогатов [X45] или отравление и воздействие алкоголя с неопределенными намерениями [Y15] (прим. V.03).

Пример V.02. У больного с тяжелой формой кататонической шизофрении, несмотря на постоянный медицинский контроль и искусственное кормление, развились кахексия, пролежни и острый пиелонефрит, осложнившийся септициемией, которая послужила причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I | а) септицемия | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| | б) острый пиелонефрит | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | |
| | г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | |
| II | Кататоническая шизофрения. Кахексия | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | |

Пример V.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| I | а) отравление метанолом | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | б) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | |
| | в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | |
| | г) случайное отравление метанолом | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II | – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | |

¹ Письмо заместителя министра Минздравсоцразвития РФ № 3540-ВС от 27.07.2005 г. «О смертности больных алкоголизмом и наркоманией».

² См. приложение 5.

³ См. примеры I.03, I.11, I.21–I.23, I.25, I.27, I.29, X.09, X.13, XVII.02, XVII.10.

Диагнозы «алкоголизм» [F10.2] («хронический алкоголизм» по МКБ-10) или «наркомания» [F11.2–F19.2] могут фигурировать в медицинском свидетельстве о смерти только в тех случаях, когда подобная запись врача-психиатра или нарколога есть в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного. Этот диагноз не может быть поставлен или отвергнут патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом по результатам аутопсии, а является исключительно прижизненным и психиатрическим.

Класс VI. Болезни нервной системы [G00–G99]

Значительная часть заболеваний этого класса обозначена вторичными кодами со «звездочкой» (*) и не годится для использования в качестве первоначальной причины смерти. Так, туберкулезный менингит здесь можно обозначить кодом G01* «Менингит при бактериальных болезнях...», а основной код – A17.0† «Туберкулезный менингит» – расположен в классе I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни». То есть в большинстве случаев приоритет отдается этиологическому, а не топическому диагнозу, и врач, выдающий медицинское свидетельство о смерти, должен правильно определить расположение первичных (основных) и вторичных кодов причин смерти.

Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата [H00–H59]

Заболевания этого класса очень редко фигурируют в качестве основных причин смерти. Как правило, потенциально смертельные заболевания с поражением глаз (например, опухоли, инфекционные поражения) относятся к другим классам МКБ, а в классе VII представлены только вторичными кодами.

Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка [H60–H95]

Среди основных причин смерти из болезней данного класса можно назвать острые и хронические гнойные поражения уха и сосцевидного отростка, чреватые развитием местных (абсцесс мозга, менингит) и системных (сепсис) осложнений. При установленном возбудителе подобного процесса предпочтение отдается этиологическому фактору, и приоритет в кодировании причин смерти принадлежит классу I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни».

Класс IX. Болезни системы кровообращения [I00–I99]

Если в Приморском крае в 2008 году уровень смертности трудоспособного населения (включая насильственную смерть) равнялся 761,8, то уровень смертности от болезней системы кровообращения – 242,0 на 100 тыс. населения. В структуре ненасильственных причин смерти взрослого населения во всем мире примерно 50% наблюдений приходится на осложнения атеросклероза и артериальной гипертензии.

В связи с этим для более структурированного статистического учета смертности и заболеваемости комитетом экспертов ВОЗ еще при создании Международной классификации болезней 9-го пересмотра ряд наиболее частых осложнений этих социально-значимых заболеваний был «переведен» в разряд нозологических единиц. С тех пор если при атеросклерозе возникает тромбоз бедренной артерии, который осложняется гангреной ноги, то основным заболеванием считается атеросклероз [I70], а если тромбоз возникает в коронарной артерии, что осложняется острым инфарктом миокарда, то основным заболеванием становится острый инфаркт миокарда [I21.–]. Аналогичная ситуация возникает и при нарушениях кровообращения на почве атеросклероза и артериальной гипертензии в головном и спинном мозге. Тот же процесс с локализацией в мезентериальных сосудах кодируется в классе XI «Болезни органов пищеварения», группа – другие болезни кишечника [K55.–] (*прим. XI.05*).

Острая ревматическая лихорадка [I00–I02] рассматривается сегодня как постинфекционное осложнение тонзиллита или фарингита, вызванного β -гемолитическим стрептококком группы А, в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки). Она развивается у предрасположенных лиц, преимущественно молодого возраста (7–15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии). При ревматической лихорадке выбор кода зависит от остроты и активности поражения сердца, центральной нервной системы и других органов (*прим. IX.01*). При отсутствии активности процесса возникшие в исходе острой ревматической лихорадки последствия кодируются как «хронические ревматические болезни сердца» [I05–I09] (*прим. IX.02*). Каждая ревматическая атака рассматривается как новое заболевание в чувствительном организме и кодируется не как обострение, а как острый процесс.

Хронические ревматические болезни сердца [I05–I09] – группа кодов для обозначения последствий ревматической атаки, и в первую очередь приоб-

Пример IX.01. При ревматической лихорадке с острым бородавчатым эндокардитом митрального клапана произошла тромбоэмболия левой средней мозговой артерии и развился ишемический инфаркт левого полушария головного мозга, послуживший непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|------------------------------------|--|
| I а) инфаркт головного мозга | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) тромбоэмболия мозговой артерии | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) острый ревматический эндокардит | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |

ретенных пороков сердца (*прим. IX.02*). Уточненные неревматические поражения клапанов кодируются как «другие болезни сердца» [I30–I52]. В эту же группу помещаются пороки сердца и эндокардиты неуточненной этиологии.

Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением [I10–I15]. Из этой группы в качестве первоначальной причины смерти может рассматриваться гипертоническая болезнь (эссенциальная или первичная гипертензия) с поражением сердца [I11], почек [I12], сердца и почек [I13], когда непосредственной причиной смерти являются хроническая сердечная и/или почечная недостаточность (*прим. IX.03 и IX.04*). Первичные и вторичные гипертензии с поражением головного мозга, а также гипертоническая болезнь, реализующаяся через нарушения коронарного или мозгового кровотока, «вошли в состав» других групповых категорий (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни).

Следует также отметить, что при смерти беременной от ранее существовавшей (до беременности) у нее гипертонической болезни используется специальный код класса XV («Беременность, роды и послеродовый период») – существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период [O10.0].

Ишемическая болезнь сердца [I20–I25] – групповое понятие, объединяющее проявления острой и хронической ишемии миокарда на почве атеросклероза коронарных артерий с наличием или без артериальной гипертен-

Пример IX.02. При ревматическом митрально-аортальном пороке сердца в стадии декомпенсации смерть наступила от прогрессирующей хронической недостаточности кровообращения. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) ревматический митрально-аортальный порок сердца | <input type="text"/> <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 8 . <input type="text"/> 0 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример IX.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) гипертоническая болезнь с поражением сердца | <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 . <input type="text"/> 0 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример IX.04. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) уремия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) артериолосклеротический нефроцирроз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) гипертоническая болезнь с поражением почек | <input type="text"/> <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 . <input type="text"/> 0 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

зии (син. – коронарная болезнь сердца). Понятие «ишемическая болезнь сердца» было сформулировано в 60-х годах прошлого века и внедрено в практику с выходом в 1975 году МКБ 9-го пересмотра. В чем же причина выделения этой группы ишемических поражений из других им подобных? Как говорилось ранее, около половины ненасильственных летальных исходов среди взрослых обусловлено осложнениями атеросклероза. Поэтому для адекватной оценки смертности населения при сложившейся структуре статистического анализа, необходимо в качестве первоначальной причины смерти учитывать не сам атеросклероз, а его наиболее частые и опасные для жизни осложнения. В противном случае значительная часть диагнозов пациентов, умерших от различных видов коронарной недостаточности и нарушений мозгового кровообращения, была бы закодирована по термину «атеросклероз».

Таким образом, диагноз, основанный на выделении нарушений коронарного и церебрального кровотока в качестве основных заболеваний, по сути, является синдромным, формально сохраняя признаки нозологического. Отсюда трудности его построения и определения места самого атеросклероза в структуре диагноза, а также разноречивые рекомендации, содержащиеся в различных инструктивных и методических письмах, учебных пособиях и справочниках, вышедших за последние 10–15 лет.

Учитывая, что предметом настоящего методического пособия является медицинское свидетельство о смерти, мы постараемся, не вдаваясь в подробности, определить общие принципы формулировки этого документа, основываясь на требованиях МКБ-10 и принципах статистического учета смертности населения. Кроме того, необходимо внести ясность по поводу ряда терминов МКБ и их эквивалентов в отечественных медицинских классификациях.

Какие же осложнения коронарного атеросклероза могут фигурировать в качестве первоначальных причин смерти в медицинских документах? Это:

- I21.– Острый инфаркт миокарда (не более 28 дней) с уточнением локализации по четвертому знаку кода (*прим. IX.06 и IX.07*);
- I22.– Повторный (в т.ч. рецидивирующий) инфаркт миокарда с уточнением локализации по четвертому знаку кода (*прим. IX.08–IX.10*);
- I24.8 Острая коронарная недостаточность («другие формы острой ишемической болезни сердца» по МКБ-10), понимаемая как абсолютная недостаточность кровоснабжения миокарда с остановкой сердца до формирования очага некроза (*прим. IX.05*);
- I25.3 Хроническая аневризма сердца;
- I25.5 Ишемическая кардиомиопатия;
- I25.8 Постинфарктный кардиосклероз.

Непосредственными причинами смерти при острых и хронических формах ишемической болезни сердца могут быть асистолия, фатальные нарушения ритма сердца, кардиогенный шок, отек легких, острая и хроническая недостаточность кровообращения и ряд других патогенетически связанных с ишемической болезнью сердца процессов (например, инсульты вследствие церебральной эмболии материалом пристеночных тромбов при инфаркте или хронической аневризме сердца). Кроме того, в качестве непосредственной причины смерти здесь могут выступать тромбоэмболия легочной артерии (обычно из системы нижней полой вены) и вторичные пневмонии, зарегистрированные в течение 28 дней от начала сердечной катастрофы (прим. IX.10). В патолого-анатомической практике такие морфологические недостоверно документируемые процессы, как асистолия или нарушения ритма сердца, могут быть обобщены под термином «острая недостаточность кровообращения».

Допускается использовать термин «внезапная сердечная смерть», особенно при острой коронарной недостаточности без формирования очага некроза (прим. IX.05). Естественно, что подобные свидетельства о смерти могут выдаваться патологоанатомами или судебно-медицинскими экспертами только при исключении других причин, вызвавших остановку сердца, и при наличии признаков хронической ишемической болезни сердца.

В отличие от МКБ 9-го пересмотра, где «острый инфаркт миокарда» был всего один, в МКБ-10 количество подобных «нозологий» расширилось: четыре острых (передний, задний, других уточненных локализаций и субэндокардиальный) и три повторных (передний, задний и других уточненных локализаций). Это связано с внедрением в практику операций коронарного стентирования и аортокоронарного шунтирования в остром периоде инфаркта, когда определение локализации очага критической ишемии сердца имеет жизненно важное значение (прим. IX.06).

Пример IX.05. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| I а) внезапная сердечная смерть | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) острая коронарная недостаточность | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 4 . <input type="text"/> 8 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример IX.06. Инфаркт миокарда передней стенки сердца при атеросклерозе коронарных артерий, смерть от тампонады сердечной сорочки кровью вследствие разрыва сердца. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) тампонада сердечной сорочки кровью | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) разрыв передней стенки левого желудочка сердца | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка | <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 1 . <input type="text"/> 0 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Атеросклероз коронарных артерий в медицинском свидетельстве о смерти не упоминается, так как он является неотъемлемой частью ишемической болезни сердца. Необходимо предостеречь врачей и от использования самого термина «ИБС» (ишемическая болезнь сердца), рекомендуемого, с последующей «расшифровкой», для составления диагнозов в клинике. Ишемическая болезнь сердца, напомним, – групповое понятие, не имеющее в МКБ-10 собственного кода, и его употребление в медицинском свидетельстве о смерти делает этот документ заведомо неправильным.

В исключительных случаях при выдаче тела умершего без вскрытия, когда по объективным причинам невозможно установить точный диагноз, не уточненные термины «острая ишемическая болезнь сердца» [I24.9] и «хроническая ишемическая болезнь сердца» [I25.9] могут быть использованы в медицинской документации (*прим. IX.07*). Что же касается артериальной гипертензии (первичной и вторичной), которая, как известно, отягощает течение коронарного атеросклероза и увеличивает вероятность его ишемических осложнений, то, в соответствии с МКБ-10, ее роль факультативна: «Включено: с упоминанием о гипертензии [I10–I15]». Таким образом, артериальная гипертензия может рассматриваться как фоновое заболевание и фигурировать в пункте «II» медицинского свидетельства о смерти. Здесь же следует указывать сахарный диабет – частое фоновое заболевание при атеросклерозе любых локализаций (*прим. IX.08–IX.10*).

Острые и хронические нарушения коронарного кровотока, возникшие на почве неатеросклеротических повреждений коронарных артерий, к ишемической болезни сердца не относятся, и диагноз здесь формулируется по обычной схеме, а инфаркт миокарда, кардиосклероз и прочие процессы рассматриваются в качестве осложнений основного заболевания. Такая ситуация возникает при следующих патологических процессах:

Пример IX.07. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) хроническая ишемическая болезнь сердца | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример IX.08. Инфаркт миокарда задней стенки сердца¹ при атеросклерозе коронарных артерий и первичной артериальной гипертензии. Смерть от острой левожелудочковой недостаточности (отека легких). Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) отек легких | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II Гипертоническая болезнь | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

¹Задний инфаркт миокарда в МКБ-10 называется «нижним».

- васкулиты и системные заболевания с вовлечением коронарных сосудов (прим. IX.11);
- медиасклероз коронарных артерий;
- миокардиты;
- тромбозы (артериальные) неатеросклеротического происхождения;
- травматические повреждения;
- опухоли сердца (первичные и метастазы), паранеопластический синдром;
- пороки развития сердца или коронарных артерий (прим. IX.12);
- диспропорция между потребностью и снабжением миокарда кислородом (аортальные пороки, тиреотоксикоз и др.);
- заболевания крови (эритремия, тромбоцитоз, гиперкоагуляционные синдромы и др.);
- употребление веществ, вызывающих спазм коронарных артерий (напр., кокаина).

Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения [I26–I28] редко фигурируют в качестве первоначальных причин смерти. Среди исключений из этого правила можно назвать редко встречающийся на практике первичный тромбоз легочной артерии [I26].

Другие болезни сердца [I30–I52] – группа, объединяющая уточненные неревматические поражения перикарда, эндокарда и миокарда (за исключением тех, которые классифицируются в других рубриках), а также различные нарушения ритма и сердечную недостаточность. В эту группу включены септический эндокардит [I33.0], первичные (идеопатические) миокардиты

Пример IX.09. У больного, длительное время страдавшего сахарным диабетом 2-го типа, эссенциальной гипертензией и ишемической болезнью сердца с инфарктом в анамнезе (постинфарктный кардиосклероз), развился повторный инфаркт задней и боковой стенок левого желудочка. Смерть наступила от кардиогенного шока. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) кардиогенный шок .
- б) повторный инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка .
- в) – .
- г) – .
- II Гипертоническая болезнь. Сахарный диабет 2-го типа .

Пример IX.10. У пациента с хроническим гломерулонефритом и почечной артериальной гипертензией при стенозирующем коронарном атеросклерозе развился острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Смерть на 25-е сутки от массивной тромбозии легочной артерии. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) тромбозия легочной артерии .
- б) повторный переднеперегородочный инфаркт миокарда .
- в) – .
- г) – .
- II Почечная артериальная гипертензия .

[I40.–] и первичные, а также некоторые вторичные (алкогольная и лекарственно-токсическая) кардиомиопатии [I42.–]. Вариант гипертрофической кардиомиопатии, известный в отечественной литературе как субаортальный стеноз, соответствует в МКБ-10 обструктивной гипертрофической кардиомиопатии [I42.1] (*прим. IX.13–IX.15*). Так называемые вторичные кардиомиопатии имеют здесь только дополнительные коды (*) и рассматриваются как осложнения соответствующих заболеваний.

Инфекционный (септический, бактериальный) эндокардит является самостоятельным заболеванием иммунокомплексной природы с локализацией инфекционного очага на клапанах сердца и гиперергической системной реакцией организма на инфект.

По действующей классификации выделяют острый (до 2 недель), подострый (до 3 месяцев) и затяжной (более 3 месяцев) инфекционный эндокардит. Всем этим нозологическим формам в МКБ-10 соответствует код I33.0. Первичный инфекционный эндокардит, возникающий на неизмененных клапанах (болезнь Черногубова), в медицинском свидетельстве о смерти фигурирует самостоятельно (*прим. IX.16*), а вторичный инфекционный эндокардит требует «присутствия» фонового заболевания в графе II (*прим. IX.28*).

Пример IX.11. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|
| I а) отек легких | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) острый переднеперегородочный инфаркт миокарда | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| в) узелковый периартериит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример IX.12. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|
| I а) тампонада сердечной сорочки кровью | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) разрыв аневризмы | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| в) врожденная аневризма правой коронарной артерии | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример IX.13. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|
| I а) острая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) миокардит Абрамова–Фидлера | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример IX.14. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|--------------------------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| б) дилатационная кардиомиопатия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Атеросклероз аорты с поражением клапанов сердца и формированием порока также относится к этой группе заболеваний, а не к ишемической болезни сердца (*прим. IX.17*).

Цереброваскулярные болезни [I60–I69] – осложнения церебрального и экстрацеребрального атеросклероза, артериальной гипертензии, врожденных аневризм и мальформаций мозговых сосудов. Эта группа «нозологических единиц» выделена на тех же основаниях, что и ишемическая болезнь сердца: высокая частота, медико-социальная значимость, невозможность статистического учета при классической формулировке диагноза. Атеросклероз, который однозначно «несет ответственность» за ишемические повреждения мозга, в диагнозе фигурирует в составе основного заболевания и поэтому в медицинском свидетельстве о смерти может не упоминаться. Артериальная же гипертензия (первичная и вторичная) и врожденные аневризмы в силу своей факультативности рассматриваются как фоновые состояния и в свидетельстве о смерти располагаются в пункте «II» (*прим. IX.18*).

Следует заметить, что, как и при инфаркте миокарда, кровоизлияния и инфаркты мозга различной локализации имеют разные шифры. Это объясняется необходимостью выполнения в ряде случаев нейрохирургических

Пример IX.15. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) внезапная сердечная смерть | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) гипертрофический субаортальный стеноз | <input type="text"/> I <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 2 . <input type="text"/> 1 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример IX.16. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) острая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) подострый септический эндокардит | <input type="text"/> I <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3 . <input type="text"/> 0 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример IX.17. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) атеросклеротический аортальный стеноз | <input type="text"/> I <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 5 . <input type="text"/> 0 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример IX.18. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) субарахноидальное кровоизлияние из задней соединительной артерии | <input type="text"/> I <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 0 . <input type="text"/> 0 |
| б) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II Врожденная аневризма задней соединительной артерии с разрывом | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

операций при острых нарушениях мозгового кровообращения (*прим. IX.19 и IX.20*).

Смерть от острой гипертензивной энцефалопатии регистрируется при резких подъемах артериального давления (кризах) и обнаружении на вскрытии рассеянных сосудистых расстройств и диапетезных кровоизлияний в ткани головного мозга (*прим. IX.21*).

Как и при ишемической болезни сердца вторичная очаговая пневмония (бронхопневмония) и тромбоэмболия легочной артерии, развивающиеся при нарушениях мозгового кровообращения вследствие длительной обездвиженности пациентов, могут считаться непосредственными причинами смерти при кровоизлияниях и инфарктах головного мозга (*прим. IX.22*).

При формулировке диагноза, состоящего из конкурирующих заболеваний, что не является редкостью при коронарном и церебральном атеросклерозе, а также при мозговой и сердечной формах гипертонической болезни, следует учесть, что главный шифр все-таки определяется тем, какая нозологическая единица стоит в начале комбинированного диагноза. Учитывая, что конкурирующие заболевания можно в принципе без ущерба для диагностической логики менять местами, на первый план здесь могут выходить

Пример IX.19. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) отек головного мозга с дислокацией ствола | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) прорыв крови в желудочки мозга | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) субарахноидальное кровоизлияние из средней мозговой артерии | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Гипертоническая болезнь | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IX.20. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) отек головного мозга с дислокацией ствола | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) инфаркт мозга вследствие тромбоза мозговых артерий | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IX.21. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) отек головного мозга | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) гипертензивная энцефалопатия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Гипертоническая болезнь | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IX.22. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) очаговая пневмония | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) внутримозговое субкортикальное кровоизлияние | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Почечная артериальная гипертензия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

и деонтологические аспекты медицинского свидетельства о смерти (*прим. IX.23*).

Термины «инсульт» или «острое нарушение мозгового кровообращения» не следует использовать в медицинских свидетельствах о смерти из-за их нозологической неопределенности. В исключительных случаях, при невозможности вскрытия трупа и полном отсутствии уточняющих клинических данных применим шифр I64 – «инсульт (не уточненный как кровоизлияние или инфаркт)». Такие формы сосудистой патологии как «закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга» [I65.-], «закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга» [I66.-], «другие цереброваскулярные болезни» [I67.-], «поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках» [I68.-], не могут быть основными причинами летальных исходов и фигурировать в качестве первоначальных причин смерти в медицинской документации.¹ В большинстве же случаев при выдаче медицинского свидетельства о смерти врачами поликлиник и семейными врачами без патолого-анатомического вскрытия можно использовать диагностические формулировки, уточненные на основании анамнеза и динамического наблюдения и входящие в группу «Последствия цереброваскулярных болезней» [I69.-] (*прим. IX.24–IX.26*).

Пример IX.23. Пациент в состоянии сосудистого коллапса, без сознания поступил в неврологическое отделение с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. В анамнезе – гипертоническая болезнь. При электрокардиографии – гипертрофия миокарда левого желудочка, брадисистолическая форма мерцательной аритмии. Смерть через несколько часов при нарастающих явлениях недостаточности кровообращения. Посмертный диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения, мозговая кома, сосудистый коллапс. На вскрытии найдены конкурирующие заболевания: массивное внутримозговое кровоизлияние с дислокацией мозга и крупноочаговый инфаркт передней стенки сердца. Учитывая профиль госпитализации и заключительный клинический диагноз, медицинское свидетельство о смерти целесообразно сформулировать так:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|---|
| I а) острая недостаточность кровообращения | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| б) отек головного мозга с дислокацией ствола | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| в) массивное внутримозговое кровоизлияние | I | 6 | 1 | . | 6 |
| г) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| II Крупноочаговый инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |

Пример IX.24. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|---|
| I а) остаточные явления после внутримозгового кровоизлияния | I | 6 | 9 | . | 1 |
| б) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| в) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| г) – | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| II Гипертоническая болезнь | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |

¹ Письмо Минздравсоцразвития РФ № 6458-ВС от 27.12.2005 г.

Не относятся к цереброваскулярным болезням расстройства мозгового кровообращения, если они являются следствием:

- васкулитов различной этиологии (*прим. IX.27*);
- тромбозомболических осложнений неатеросклеротического происхождения (*прим. IX.28*);
- травм;
- опухолей и их метастазов;
- системных заболеваний.

Болезни артерий, артериол и капилляров [I70–I79] могут фигурировать в качестве первоначальных причин смерти в медицинских свидетельствах о смерти. В эту группу входят атеросклероз аорты, почечной артерии, артерий конечностей и др. При выдаче медицинского свидетельства о смерти здесь необходимо применять формулировки (и коды) осложненных форм атеросклероза соответствующей локализации (*прим. IX.29 и IX.30*). Тромбозы и эмболии, осложняющие атеросклероз, не могут рассматриваться в качестве первоначальных причин смерти, за исключением некоторых форм атеросклероза (например, брыжеечного [K55.0], *прим. XI.05*). Сифилитические аневризмы аорты как первоначальные причины смерти кодируются по классу I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни».

Пример IX.25. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|-----------|
| I а) остаточные явления после инфаркта мозга | I 6 9 . 3 |
| б) – | □ □ □ . □ |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| II – | □ □ □ . □ |

Пример IX.26. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|-----------|
| I а) хроническая дисциркуляторная энцефалопатия | I 6 9 . 8 |
| б) – | □ □ □ . □ |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| II Церебральный атеросклероз | □ □ □ . □ |

Пример IX.27. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--------------------|-----------|
| I а) инфаркт мозга | □ □ □ . □ |
| б) болезнь Такаюсу | M 3 1 . 4 |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| II – | □ □ □ . □ |

Пример IX.28. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|-----------|
| I а) инфаркт мозга | □ □ □ . □ |
| б) тромбоземболия сосудов мозга | □ □ □ . □ |
| в) затяжной септический эндокардит | I 3 3 . 0 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| II Ревматический комбинированный порок сердца | □ □ □ . □ |

Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках [I80–I89], редко выступают в качестве первоначальной причины смерти (*прим. IX.31*).

Другие и неуточненные болезни системы кровообращения [I95–I99] – группа, включающая редкие, неуточненные и некоторые вторичные состояния (и коды), которые не могут фигурировать в медицинской документации в качестве первоначальных причин смерти.

Класс X. Болезни органов дыхания [J00–J99]

Первой особенностью этого класса МКБ-10 является то, что основные коды острых респираторных инфекций и пневмоний с учетом их этиологии располагаются именно здесь, а не в классе I («Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»). Другая особенность – при хронических болезнях органов дыхания в стадии обострения кодируется не их острая форма, как

Пример IX.29. Атеросклероз аорты осложнился формированием аневризмы брюшного отдела, смерть наступила от разрыва аневризмы с формированием забрюшинной гематомы и постгеморрагического шока. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------|
| I а) постгеморрагический шок | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) забрюшинная гематома | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) атеросклеротическая аневризма брюшной аорты с разрывом | I 7 1 | . | 3 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IX.30. У пожилого человека, страдавшего распространенным атеросклерозом, проявлявшимся ишемической болезнью сердца (инфаркт миокарда в анамнезе, стенокардия) и перемежающейся хромотой, развился тромбоз подколенной артерии и влажная гангрена голени. Смерть наступила от бактериально-токсического шока. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|----------------------|
| I а) бактериально-токсический шок | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) влажная гангрена голени | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) атеросклероз артерий конечностей | I 7 0 | . | 2 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Постинфарктный кардиосклероз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример IX.31. У пожилого человека, страдавшего хронической сердечно-сосудистой недостаточностью и нарушениями ритма сердца на почве атеросклеротического кардиосклероза и варикозным расширением вен нижних конечностей, развился прогрессирующий тромбоз вен нижних конечностей, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии, которая и послужила непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------|
| I а) тромбоэмболия легочной артерии | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) флелотромбоз нижних конечностей | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) варикозное расширение вен нижних конечностей | I 8 3 | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Атеросклеротический кардиосклероз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

в других классах, а обострение хронической формы, для чего имеются специальные коды (*прим. X.08, ситуационная задача 2 на с. 130*).

Еще одна особенность класса X: пневмония или бронхопневмония могут фигурировать в посмертном диагнозе и как самостоятельные заболевания, и как осложнения любой болезни. В частности, бронхопневмонию следует рассматривать как очевидное следствие изнурительных болезней (злокачественных новообразований, недостаточности питания и др.) и болезней, вызывающих параличи (травм головного и спинного мозга, кровоизлияний в мозг или тромбоза сосудов головного мозга, полиомиелита и др.), а также инфекционных болезней и необычных травм (*прим. II.06, II.10, IX.22*).

И, наконец, – для кодирования заболеваний класса X используется принцип «приоритета дистальной локализации патологического процесса». Например, при трахеобронхите кодируется бронхит и т.д.

Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей [J00–J06] – назофарингит, синусит, фарингит, тонзиллит, ларингит и трахеит – могут фигурировать в качестве основных причин смерти достаточно редко, так как их тяжелые осложненные (абсцедирующие) формы отнесены к другим группам данного класса МКБ. Исключение составляет острый синусит [J01.–] с абсцессами и нагноениями придаточных пазух (*прим. X.01*).

Грипп и пневмония [J10–J18]. Учитывая сложность и длительность вирусологического исследования, грипп как первоначальная причина смерти реже встречается во врачебных заключениях о смерти, чем это есть на самом деле. Посмертный диагноз «вирусно-бактериальная пневмония», по сути, идентичен понятию «бронхопневмония неуточненная» [J18.0] и не может быть рекомендован в качестве первичного кода. Учитывая, что большинство наблюдений регистрации смерти от гриппа приходится на аутопсийные исследования, можно посоветовать врачам-патологоанатомам и судебно-медицинским экспертам, когда имеется набор морфологических симптомов гриппа, использовать простейшую вирусоскопическую диагностику и кодировать такие наблюдения в разделе J11.–: «вирус гриппа не идентифицирован» (*прим. X.02*).

Пример X.01. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) гнойный менингоэнцефалит

.

б) острый гнойный фронтит

J01 . 1

в) –

.

г) –

.

II –

.

Пример X.02. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) острая недостаточность кровообращения

.

б) миокардиодистрофия

.

в) грипп с пневмонией

J11 . 0

г) –

.

II –

.

Также необходимо учесть, что случаи тяжелого гриппа с нереспираторными осложнениями (энцефалит, миокардит и др.) также кодируются в данной группе нозологических единиц – J10.8 и J11.8.

Современная клиническая классификация пневмоний, принятая в рамках Европейского общества пульмонологов и Американского торакального общества врачей, выделяет внебольничные (домашние) пневмонии, внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии, пневмонии на фоне иммунодефицитов и атипичные пневмонии. Внутрибольничной пневмония считается в тех случаях, когда она развилась через 48 часов после госпитализации (в половине случаев это – пневмонии, возникающие в отделениях реанимации и интенсивной терапии на фоне интубации, искусственной вентиляции легких и др.).

Термином «первичная» обычно обозначают те пневмонии, которые возникают при отсутствии у пациента каких-либо заболеваний бронхолегочной системы и других органов и систем, способствующих возникновению пневмонии (вторичной). К первичным относятся, таким образом, крупозная и микоплазменная пневмонии, болезнь легионеров и ряд других. Крупозная пневмония – диагноз и этиологический (пневмококк – *Streptococcus pneumoniae*, палочка Фридлендера – *Klebsiella pneumoniae*), и морфологический (лобарная, фибринозная, плевропневмония). Поэтому при наличии идентифицированного возбудителя она кодируется как J13 (пневмония, вызванная *S. pneumoniae*, прим. X.03) или J15.0 (пневмония, вызванная *K. pneumoniae*).

В патолого-анатомической и судебно-медицинской практике установление этиологического диагноза пневмонии у секционного стола (для медицинского свидетельства о смерти) бывает возможным лишь при выделении болезнетворного агента в предшествующем периоде (бактериологическое исследование в клинике). Непосредственно после аутопсии можно использовать экспресс-методы диагностики (бактериоскопия по мазкам-отпечаткам), а при их неэффективности кодировать легочную патологию по морфологии процесса (прим. X.04).

Пример X.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) острая недостаточность кровообращения | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) миокардиодистрофия | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) крупозная пневмококковая пневмония | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J13 . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример X.04. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) острая недостаточность кровообращения | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) долевая пневмония | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J18 . 1 |
| в) – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> |

Бронхопневмония (очаговая пневмония) чаще относится ко вторичным заболеваниям или проявлениям других болезней (например, гриппа) и в качестве первоначальной причины смерти не кодируется. Бронхопневмонии же у лиц старческого возраста и новорожденных, а также у пациентов с тяжелыми фоновыми состояниями (декомпенсированный сахарный диабет, хронический алкоголизм и пр.) могут рассматриваться как основная причина смерти и кодироваться в зависимости от их этиологии (*прим. X.05 и X.06*).

Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей [J20–J22] – группа, включающая различные разновидности острого (подострого) бронхита и бронхоолита, которые крайне редко могут служить основными причинами смерти.

Другие болезни верхних дыхательных путей [J30–J39] включают, как указывалось выше, ряд тяжелых синуситов, осложненных тонзиллитов и других гнойно-деструктивных заболеваний, которые могут становиться основными причинами смерти в случаях генерализации инфекции или распространения воспалительного процесса на жизненно важные анатомические структуры. В качестве примеров здесь можно упомянуть перитонзиллярные абсцессы [J36] с медиастинитом или гнойные синуситы [J32.–] с менингитами и менингоэнцефалитами (*прим. X.07*).

Хронические болезни нижних дыхательных путей [J40–J47] становятся основной причиной смерти, реализуясь чаще через недостаточность хронического

Пример X.05. У матери с хроническим бронхитом в стадии обострения во время срочных родов развилась вторичная родовая слабость. Путем кесарева сечения извлечен недоношенный (маловесный для гестационного срока) плод. Смерть ребенка наступила на 6-й день жизни от аденовирусной пневмонии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| а) аденовирусная пневмония | J | 1 | 2 | . | 0 |
| б) недоношенность | | | | . | |
| в) хронический обструктивный бронхит в стадии обострения | P | 0 | 0 | . | 3 |
| г) вторичная родовая слабость | | | | . | |
| д) операция кесарева сечения | | | | . | |

Пример X.06. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| I а) острая недостаточность кровообращения | | | | . | |
| б) бронхопневмония | J | 1 | 3 | . | |
| в) – | | | | . | |
| г) – | | | | . | |
| II Хроническая алкогольная интоксикация | | | | . | |

Пример X.07. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| I а) абсцесс головного мозга | | | | . | |
| б) гнойный тромбоз пещеристого синуса | | | | . | |
| в) карбункул носа | J | 3 | 4 | . | 0 |
| г) – | | | | . | |
| II – | | | | . | |

легочного сердца. Это относится и к диффузному хроническому обструктивно-му бронхиту, и к хронической обструктивной эмфиземе легкого, и к бронхиальной астме вне обострения. Зачастую эти состояния развиваются на фоне хронического алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации.

Как подчеркивалось выше, при хронической патологии органов дыхания в стадии обострения кодируется не острый процесс, а обострение хронической формы заболевания (*прим. X.08*).

Термин «хроническая обструктивная болезнь легких» допустим в посмертном диагнозе только с расшифровкой и с соответствующим кодом: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с пневмонией [J44.0] или без нее [J44.1] или в стадии ремиссии [J44.8] (*прим. X.09*), хроническая обструктивная эмфизема легких [J43.-] и др. В медицинском свидетельстве о смерти термин «хроническая обструктивная болезнь легких» не используется, так как не имеет конкретного кода МКБ-10.

Вне обострения бронхиальной астмы смерть также может наступить от недостаточности легочного сердца (*прим. X.10*). Во время обострения бронхиальной астмы возможно наступление смерти и от бронхоспастической асфиксии вследствие астматического статуса (*прим. X.11*).

Пример X.08. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) миокардиодистрофия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) очаговая пневмония | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) хронический бронхит с эмфиземой | J | 44 | 4 | . | 0 |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример X.09. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) легочное сердце | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) хронический обструктивный гнойный бронхит | J | 44 | 4 | . | 8 |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Хронический алкоголизм | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример X.10. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) легочное сердце | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, ремиссия | J | 45 | 5 | . | 8 |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример X.11. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) бронхоспастическая асфиксия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) астматический статус | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, обострение | J | 46 | 6 | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Болезни легкого, вызванные внешними агентами [J60–J70] – группа нозологических единиц, включающая в себя большинство профессиональных пневмокозиозов. Следует еще раз отметить, что при сочетании пневмокозиоза и туберкулеза диагноз кодируется именно по этой группе болезней [J65]. В случае же смерти от бронхиальной астмы, вызванной внешними агентами, код относят к группе «Хронические болезни нижних дыхательных путей» [J45.–].

Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань [J80–J84], фигурируют в качестве первоначальной причины смерти достаточно редко. Танатогенез здесь чаще всего реализуется через недостаточность легочного сердца (*прим. X.12*) или вторичную пневмонию.

Гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей [J85–J86] чаще всего являются осложнениями острых воспалительных заболеваний легких. В ряде случаев такие осложнения, пролонгированные или отдаленные, «отрываясь» от вызвавшей их причины, становятся «вторыми болезнями» и могут рассматриваться как первоначальные причины смерти (*прим. X.13*).

Другие болезни плевры [J90–J94] – группа вторичных состояний и осложнений заболеваний легких, которые не используются при кодировании первоначальных причин смерти.

Другие болезни органов дыхания [J95–J99] – группа, объединяющая, в частности, ряд ятрогенных состояний, связанных с органами дыхания. Некоторые из них, например кислотно-аспирационный синдром Мендельсона [J95.4], могут фигурировать среди первоначальных причин смерти. Другие, например аспирационная пневмония, чаще расцениваются как осложнения основного заболевания и не кодируются.

Синдром Мендельсона возникает как гиперергическая реакция на аспирацию в дыхательные пути кислого желудочного содержимого и протекает в виде аспирационного пневмонита или шока. Аспирация желудочного содержимого может возникнуть при рвоте или пассивном вытеснении содержимого желудка в ротоглотку при коматозном состоянии больного, наркозе и при угнетении гортанно-глоточных рефлексов любой этиологии. В некоторых

Пример X.12. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) хроническая недостаточность кровообращения

.

б) легочное сердце

.

в) синдром Хаммена – Рича

| 8 | 4 . | 1 |

г) –

.

II –

.

Пример X.13. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) уремия

.

б) нефропатический амилоидоз

.

в) хроническая эмпиема плевры

| 8 | 6 . | 9 |

г) –

.

II Хронический алкоголизм

.

случаях, даже если бронхо- и ларингоспазм удастся купировать, после светлого промежутка (1–3 часа) состояние больного может резко ухудшиться, развивается гипоксическая энцефалопатия, смерть наступает от некупируемого отека легких (*прим. X.14*).

Необходимо учесть, что синдром Мендельсона, развившийся во время беременности, родов и послеродового периода, кодируется в классе XV «Беременность, роды и послеродовый период»: коды O29.0, O74.0 и O89.0 (*прим. XV.05*).

Класс XI. Болезни органов пищеварения [K00–K93]

Из данного класса исключены болезни органов пищеварения, касающиеся эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ [E00–E90], врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения [Q00–Q99], некоторые инфекционные и паразитарные болезни [A00–B99], новообразования [C00–D48], осложнения беременности, родов и послеродового периода [O00–O99], отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде [P00–P96], симптомы, признаки и отклонения от нормы со стороны желудочно-кишечного тракта, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях и не классифицированные в других рубриках [R00–R99], а также травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98].

Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей [K00–K14] нечасто становятся причиной смерти. Здесь можно упомянуть различные остеомиелиты, осложняющие течение кист челюстей (учитывая вышеперечисленные исключения) и абсцессы полости рта, потенциально опасные развитием медиастинита и септических осложнений.

Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки [K20–K31]. Язвы желудка и кишечника кодируются в МКБ-10 по локализации с обязательным использованием четвертого знака: .0 – острая с кровотечением, .1 – острая с прободением, .2 – острая с кровотечением и прободением, .3 – острая без кровотечения или прободения, .4 – хроническая или неуточненная с кровотечением, .5 – хроническая или неуточненная с прободением, .6 – хроническая или неуточненная с кровотечением и с прободением, .7 – хроническая без кровотечения или прободения, .9 – неуточненная как острая или хроническая, без кровотечения или прободения. Следует заметить, что острая язва не является нозологической единицей, а рассматривается как осложнение

Пример X.14. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) отек легких
 б) синдром Мендельсона
 в) –
 г) –
 II Операция торакотомии (дата)

□	□	□	.	□
1	9	5	.	4
□	□	□	.	□
□	□	□	.	□
□	□	□	.	□

других заболеваний или медицинских мероприятий и не может кодироваться как первоначальная причина смерти. Также следует отметить, что термин «пептическая язва» по МКБ-10 является синонимом хронической язвы при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что хронические язвы (желудка и двенадцатиперстной кишки) в МКБ-10 соответствуют понятию «язвенная болезнь (желудка и двенадцатиперстной кишки)» в отечественных классификациях (*прим. XI.01 и XI.02*).

Болезни аппендикса (червеобразного отростка) [K35–K38] в условиях современной клиники нечасто становятся первоначальной причиной смерти. Выдача медицинского свидетельства для патологоанатома или судебно-медицинского эксперта при смерти от гнойно-деструктивных осложнений острого аппендицита [K35.-] обычно не представляет трудностей. В редких случаях основной причиной смерти могут становиться отдаленные последствия острого аппендицита, которые рассматриваются в качестве «второй болезни» (*прим. XI.03*).

Грыжи [K40–K46] как первоначальная причина смерти могут фигурировать в свидетельстве о смерти при ущемлении, непроходимости и последующей гангрене кишечника (с перфорацией или без нее). Следует отметить, что грыжа с кишечной непроходимостью и гангреной кодируется по МКБ-10 как «грыжа с гангреной».

Неинфекционный энтерит и колит [K50–K52] – группа, объединяющая болезнь Крона, язвенный (неспецифический) колит и ряд других неинфекционных поражений желудка и кишечника. Данные нозологические единицы

Пример XI.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) геморрагический шок | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) язвенная болезнь желудка с кровотечением | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример XI.02. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) перитонит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) язвенная болезнь 12-перстной кишки с прободением | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример XI.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) перитонит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) пилефлебические абсцессы печени | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Миксоглобулез аппендикса слепой кишки | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

могут служить первоначальными причинами смерти в случае развития тяжелых осложнений: кровотечений и перфораций (*прим. XI.04*).

Другие болезни кишечника [K55–K63] не включают врожденную патологию кишечника и состояния, развивающиеся в перинатальном периоде. Первоначальной причиной смерти здесь может становиться осложненный дивертикулез кишечника [K57.–] и, чаще, сосудистые поражения вследствие мезентериального атеросклероза [K55.–], которые кодируются, как упоминалось выше, именно в этой группе (*прим. XI.05*). Атеросклероз артерий кишечника в данной ситуации с точки зрения МКБ-10 рассматривается как этиология патологического процесса.

Здесь же располагаются коды, позволяющие классифицировать инвагинацию [K56.1] и заворот [K56.2] кишок, такую нередкую «вторую» болезнь, как спаечная [K56.5], а также различные виды дивертикулеза кишечника [K57.–].

Болезни брюшины [K65–K67] могут в редких случаях первичного перитонита у взрослых служить первоначальными причинами смерти. Относительно более частый перинатальный перитонит как причина смерти детей кодируется в другой рубрике [P78.0–P78.1].

Болезни печени [K70–K77] – группа нозологий, включающая алкогольные (в т.ч. алкогольный гепатит и цирроз) и ряд токсических (в т.ч. лекарственных) поражений органа, которые могут фигурировать в качестве первоначальных причин смерти. Из циррозов печени в эту группу входит билиарный цирроз (первичный и вторичный), а также циррозы неуточненной этиологии (*прим. XI.06*). Что же касается вирусных циррозов, то они кодируются по этиологическому принципу среди соответствующих вирусных гепатитов [B15–B19] (*прим. I.20*). При токсических поражениях печени в практике судебно-медицинской экспертизы требуется заполнение строки

Пример XI.04. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) перитонит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) перфорация ободочной кишки | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) болезнь Крона толстой кишки | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример XI.05. У пожилого мужчины, страдавшего тяжелым атеросклерозом и постинфарктным кардиосклерозом, развилась гангрена тонкой кишки вследствие тромбоза верхней брыжеечной артерии. Заболевание осложнилось разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, послужившим причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) перитонит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) гангрена кишки | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) тромбоз брыжеечной артерии | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Постинфарктный кардиосклероз | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

«Г» раздела «I» для идентификации токсического агента с использованием класса XX МКБ-10 (*прим. XI.07*).

Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы [K80–K87]. Группа включает в себя желчно-каменную болезнь, болезни желчного пузыря и желчевыводящих протоков, а также панкреатиты. При желчно-каменной болезни деструктивные формы острого холецистита считаются ее осложнениями [K80.–; K82.–], без желчно-каменной болезни они становятся основными заболеваниями [K81.–]. Причем если на фоне существующего хронического холецистита развивается острое деструктивное воспаление желчного пузыря, то это состояние кодируется по острому холециститу или желчно-каменной болезни с острым холециститом (*прим. XI.08 и XI.09*).

Хронические панкреатиты редко фигурируют среди первоначальных причин смерти. Исключение здесь могут составить их кистозные формы, которые могут осложниться нагноением истинных [K86.2] и ложных [K86.3]

Пример XI.06. У больного с выраженным алиментарным ожирением (IV стадии), умершего от пищевого кровотечения, на аутопсии обнаружен неалкогольный стеатогепатит с исходом в микронодулярный цирроз печени. Источник кровотечения – варикозно расширенные вены пищевода. Также обнаружены другие признаки портальной гипертензии: спленомегалия, асцит. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|------------------------------|---|
| I а) пищеводное кровотечение | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) портальная гипертензия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) цирроз печени | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input checked="" type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II Алиментарное ожирение | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример XI.07. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) печеночная недостаточность | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) острый токсический гепатит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input checked="" type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| г) случайное отравление этиленгликолем | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример XI.08. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) перитонит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) перфорация желчного пузыря | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) желчно-каменная болезнь с острым холециститом | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input checked="" type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

Пример XI.09. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|-------------------------------|---|
| I а) перитонит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| б) перфорация желчного пузыря | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| в) острый холецистит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input checked="" type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> |

кист и кровотечением из их стенок. Панкреонекрозы (острые панкреатиты) любой формы – отечный, ишемический, геморрагический, острый гнойный – имеют в МКБ-10 один код – K85 (*прим. XI.10*). При обострении хронического панкреатита с развитием панкреонекроза код K85 также имеет приоритет.

Кистозный фиброз поджелудочной железы (муковисцидоз) [E84.-] кодируется в группе «Нарушения обмена веществ» [E70–E90] класса IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (*прим. IV.09*).

Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки [L00–L99]

Класс XII объединяет инфекционные и воспалительные поражения кожи и подкожной клетчатки, буллезные поражения, экземы (дерматиты), псориаз, дискоидную красную волчанку, ограниченную склеродермию и ряд других заболеваний. В качестве первоначальных причин смерти здесь можно выделить абсцессы, фурункулы, карбункулы и флегмоны, приобретающие фатальные свойства обычно на фоне других состояний: сахарного диабета, внутривенной наркомании и др. (*прим. XII.01*).

Кроме того, в этот класс входят тяжелые токсико-аллергические поражения кожи, которые могут быть проявлением лекарственной болезни и выступать первоначальными причинами смерти. В подобных случаях, трактуемых как ятрогенная патология, при выдаче медицинского свидетельства о смерти следует заполнять строку «г» раздела «I», используя коды внешних причин смерти – класс XX (*прим. XII.02*).

Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [M00–M99]

В этот класс входит большинство ревматических заболеваний (за исключением собственно ревматизма [I00–I09]) и системные васкулиты. Здесь же кодируются остеохондроз, остеопороз, остеомиелит и хондропатии. Многие из включенных в XIII класс заболеваний несут потенциальную опасность для

Пример XI.10. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) панкреатогенный шок
 б) геморрагический панкреонекроз
 в) –
 г) –

				.	
K	8	5	.		
				.	
				.	
				.	

II –

Пример XII.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- I а) септикопиемия
 б) карбункул шеи
 в) –
 г) –

				.	
L	0	2	.	1	
				.	
				.	
				.	

II Сахарный диабет 1-го типа

жизни и могут выступать в качестве первоначальной причины смерти. Учитывая сложности терапии данных состояний и применение по показаниям сильнодействующих лекарственных средств (гормоны, цитостатики и др.), непосредственной причиной смерти здесь часто могут выступать ятрогении, которые в данном контексте рассматриваются как осложнения основного заболевания – первоначальной причины смерти (*прим. XIII.02*).

Инфекционные артропатии [M00–M03], помещенные в класс XIII, как правило, служат проявлениями и осложнениями других заболеваний и не выступают в роли первоначальной причины смерти. Следует отметить, что значительную часть этой группы составляют вторичные коды (*), а первичные коды (†) принадлежат другим классам МКБ-10.

Воспалительные полиартропатии [M05–M14] включают в себя различные формы ревматоидного артрита, ювенильного артрита и подагры, которые могут занимать в медицинском свидетельстве место первоначальной причины смерти (*прим. XIII.01*). Нередко в патогенезе здесь отмечаются ятрогенные аспекты, связанные с длительным лекарственным воздействием (*прим. XIII.02*).

Пример XII.02. У пациента с очаговой пневмонией на введение тетрациклина развился токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). Смерть наступила от токсического шока. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|-----------|
| I а) токсический шок | □□□□ . □ |
| б) токсический эпидермальный некролиз | L 5 1 . 2 |
| в) – | □□□□ . □ |
| г) патологическая реакция на введение тетрациклина | Y 4 0 . 4 |
| II Очаговая пневмония | □□□□ . □ |

Пример XIII.01. Больной, длительное время страдавший серопозитивным ревматоидным артритом, осложненным вторичным амилоидозом со сморщиванием почек, умер от уремии. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| I а) уремия | □□□□ . □ |
| б) амилоидное сморщивание почек | □□□□ . □ |
| в) серопозитивный ревматоидный артрит | M 0 5 . 3 |
| г) – | □□□□ . □ |
| II – | □□□□ . □ |

Пример XIII.02. Больной, длительное время страдавший серопозитивным ревматоидным артритом и лечившийся массивными (терапевтическими) дозами преднизолона, умер от кровотечения из стероидных язв желудка. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|-----------|
| I а) желудочное кровотечение | □□□□ . □ |
| б) стероидные язвы желудка | □□□□ . □ |
| в) серопозитивный ревматоидный артрит, леченный преднизолоном | M 0 5 . 3 |
| г) – | □□□□ . □ |
| II – | □□□□ . □ |

Артрозы [M15–M19] и другие поражения суставов [M20–M25], как и инфекционные артропатии, практически никогда не фигурируют среди первоначальных причин смерти.

Системные поражения соединительной ткани [M30–M36] – группа, включающая в себя так называемые коллагенозы и системные васкулиты. Многие из заболеваний этой группы имеют тяжелый прогноз и могут становиться первоначальной причиной смерти (*прим. XIII.03 и XIII.04*).

Такие системные поражения, как дерматомиозит [M33.1] и полимиозит [M33.2], в части случаев могут быть не самостоятельными заболеваниями, а осложнениями злокачественных новообразований (так называемые паранеоплазии). В последнем случае они не рассматриваются как первоначальная причина смерти (*прим. II.06*).

Непосредственной причиной смерти при системных васкулитах часто служат некрозы (инфаркты) сердца и головного мозга (*прим. XIII.05*), а также кровоизлияния в мозг, которые в контексте МКБ-10 рассматриваются не как проявления (формы) ишемической болезни сердца или цереброваскулярных болезней, а как осложнения системных васкулитов (*прим. IX.27 и IX.28*).

Дорсопатии [M40–M54], болезни мягких тканей [M60–M79], остеопатии и хондропатии [M80–M94] и другие нарушения костно-мышечной системы

Пример XIII.03. Больная, страдавшая тяжелой формой системной красной волчанки с полиорганными поражениями (волчаночный гломерулонефрит, эндокардит Либмана – Сакса), лечившаяся стероидными гормонами, умерла от сепсиса (септикопиемии). Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| I а) септикопиемия | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| б) системная красная волчанка | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример XIII.04. Больная, страдавшая системной склеродермией с поражением желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы («склеродермическое легкое»), умерла от декомпенсации хронического легочного сердца. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| б) легочное сердце | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| в) системная склеродермия | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример XIII.05. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| I а) инфаркт мозга | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> | | |
| б) узелковый периартериит | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| в) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| г) – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II – | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

и соединительной ткани [M95–M99], как правило, не фигурируют в качестве основных заболеваний в посмертных диагнозах и не актуальны для специалиста, выдающего медицинское свидетельство о смерти. Исключение здесь изредка составляют тяжелые кифосколиотические поражения грудной клетки, приводящие по торакодиафрагмальному механизму к формированию хронического легочного сердца с его последующей декомпенсацией (кифосколиотическое сердце). Для уточнения следует заметить, что такие поражения чаще свойственны не для приобретенных кифосколиозов, а для врожденных состояний, относящихся к классу XVII «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» – врожденная деформация позвоночника [Q67.5]. Что же касается тяжелой миопатии при миастении, то она кодируется в классе VI «Болезни нервной системы» [G70.–]. Также можно упомянуть некоторые формы остеомиелита позвонков [M46.2] и других костей [M86.–], которые могут рассматриваться в качестве основных причин смерти.

Класс XIV. Болезни мочеполовой системы [N00–N99]

Гломерулярные болезни [N00–N08] кодируются в МКБ-10 на основе клинических синдромов: нефритического, гематурического, нефротического. Полная кодировка (с четвертым знаком) возможна только на основе морфологического, прижизненного (биопсийного) или посмертного, исследования. В зависимости от морфологии гломерулярного поражения четвертый (после точки) знак кода обозначает: .0 – минимальный гломерулонефрит, .1 – очаговый и сегментарный гломерулонефрит, .2 – диффузный мембранозный гломерулонефрит, .3 – диффузный мезангиопролиферативный гломерулонефрит, .4 – диффузный интракапиллярный пролиферативный гломерулонефрит, .5 – диффузный мезангиокапиллярный (мембранозно-пролиферативный) гломерулонефрит, .6 – болезнь плотных депозитов (мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит 2-го типа), .7 – диффузный экстракапиллярный гломерулонефрит, .8 – другие гломерулярные изменения (пролиферативный гломерулонефрит БДУ¹), .9 – неуточненные изменения.

На практике «полноценное» кодирование гломерулонефрита в медицинском свидетельстве о смерти возможно при наличии данных биопсийного исследования (*прим. XIV.01*). При их отсутствии кодирование следует проводить с учетом основного клинического синдрома с четвертым знаком «9» – неуточненные изменения (*прим. XIV.02*).

Следует заметить, что такая частая причина смерти при многих диффузных заболеваниях почек, как кровоизлияние в мозг, осложняющая гипертонический синдром, «по социальным показаниям» отнесена к первоначальным причинам смерти и кодируется в группе «Цереброваскулярные болезни» [I60–I69] класса IX «Болезни системы кровообращения». Почечная артериальная

¹ БДУ – без дополнительных упоминаний.

гипертензия в подобных случаях учитывается в качестве фонового состояния и записывается в разделе «II» свидетельства о смерти (*прим. IX.21*). Таким образом, за гломерулярными болезнями как первоначальными причинами смерти остаются в основном наблюдения с острой и хронической почечной недостаточностью.

Терминальный (хронический склерозирующий) гломерулонефрит кодируется в группе «Почечная недостаточность» [N17–N19] (*прим. XIV.05*).

Тубулоинтерстициальные болезни почек [N10–N16] – группа кодов, включающая интерстициальный нефрит и пиелонефрит. Код калькулезного пиелонефрита тем не менее расположен в группе «Мочекаменная болезнь» [N20–N23]. В отношении пиелонефрита с гипертоническим синдромом в случае смерти пациента от кровоизлияния в мозг также справедливо вышеупомянутое правило о кодировке мозговой катастрофы в качестве первоначальной причины смерти (цереброваскулярные болезни). Непосредственной причиной смерти при пиелонефрите, как и в вышеприведенном *примере XIV.01*, может быть уремия при хронической почечной недостаточности, а также острая почечная недостаточность, например, при папиллонекрозе (*прим. XIV.03*). Кроме того, при пиелонефрите смерть может быть обусловлена инфекционно-воспалительными осложнениями (*прим. XIV.04*).

Пример XIV.01. У больной с быстро прогрессирующим нефритическим синдромом при биопсии почки диагностирован подострый экстракапиллярный гломерулонефрит. Смерть через 6 месяцев от уремии. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) уремия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) подострый экстракапиллярный гломерулонефрит | <input type="text"/> N <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 . <input type="text"/> 7 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XIV.02. Пациент, длительное время страдавший гломерулонефритом с хроническим нефритическим синдромом и прогрессирующей почечной недостаточностью, умер от сердечно-сосудистой недостаточности на почве токсической миокардиодистрофии (вторичной кардиомиопатии). Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) миокардиодистрофия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) хроническая почечная недостаточность | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) хронический гломерулонефрит | <input type="text"/> N <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 3 . <input type="text"/> 9 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XIV.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| I а) острая почечная недостаточность | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) папиллонекроз | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) хронический пиелонефрит | <input type="text"/> N <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 1 . <input type="text"/> 0 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Почечная недостаточность [N17–N19], острая и хроническая, относится к осложнениям нефропатий различной этиологии и может фигурировать в медицинском свидетельстве в качестве непосредственной причины смерти. Первичный код в этой группе применим к терминальному хроническому гломерулонефриту [N18.0] в случае смерти от хронической почечной недостаточности (*прим. XIV.05*). Как и в других группах этого класса при наличии вторичной артериальной гипертензии и смерти от кровоизлияния в мозг, этот вид инсульта становится первоначальной причиной смерти и кодируется по группе «Цереброваскулярные болезни» [I60–I69].

Мочекаменная болезнь [N20–N23] в МКБ-10 классифицируется по локализации конкрементов, и при наличии воспаления последнее рассматривается как вторичное состояние. Так, калькулезный пиелонефрит рекомендуется обозначать кодом N20.9.

Другие болезни почек и мочеточников [N25–N29] и **другие болезни мочевой системы** [N30–N39]. В этих группах заслуживает внимания нефросклероз (нефроцирроз) неуточненной этиологии – сморщенная почка неуточненная [N26]. Этот код можно использовать в тех случаях, когда причину нефроцирроза не удается установить ни клинико-лабораторными методами, ни при морфологическом исследовании (в т.ч. биопсийном). Неоднократно упомянутая выше особенность класса XIV о вторичной артериальной гипертензии и смерти от кровоизлияния в мозг относится и к этому состоянию (используются коды I60–I69).

Болезни мужских половых органов [N40–N51], **болезни молочной железы** [N60–N64], **воспалительные болезни женских тазовых органов** [N70–N77], **невоспалительные болезни женских половых органов** [N80–N98] и **другие нарушения мочеполовой системы** [N99] – группы кодов нелетальных состояний, содержащие также вторичные коды (*) возможных первоначальных причин смерти, относящиеся к классу опухолей и болезней беременности, родов и послеродового периода.

Пример XIV.04. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) септикопиемия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) пионефроз | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) хронический пиелонефрит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример XIV.05. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) уремия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| б) терминальный гломерулонефрит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период [O00–O99]

ВОЗ определяет *материнскую смерть* как обусловленную беременностью (независимо от продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившую в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания, от причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

- 1) смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами – в результате акушерских осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также связанная с акушерскими осложнениями ятрогенных процессов;
- 2) смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами – в результате предшествовавшей болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне непосредственной связи с акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

Также выделяют *позднюю материнскую смерть* в срок 43–365 дней, если она наступила от акушерской или косвенно связанной с ней патологии. Понятие *смерть, связанная с беременностью*, подразумевает гибель женщины во время беременности или в течение 42 дней после родов независимо от ее причины.

*Класс XV имеет приоритет над другими классами МКБ-10 в случаях смерти женщин во время беременности, родов и послеродового периода*¹ вне зависимости от ее причины – акушерской или экстрагенитальной. В случаях смерти, связанной с болезнями матери, осложняющими беременность, роды и послеродовый период, используется следующий принцип: выбирается формулировка нужной нозологии из других классов МКБ, относящихся к органам и системам, а код ставится из класса XV. Лишь ВИЧ-инфекция [B20–B24], акушерский столбняк [A34], послеродовый некроз гипофиза [E23.0], а также травмы и отравления [S00–T98] составляют исключение из этого правила. То есть в подавляющем большинстве случаев для регистрации первоначальной причины материнской смерти должны использоваться коды O00–O99 (если смерть связана с акушерскими причинами, то – O00–O97).

Так как порядок проведения патолого-анатомических вскрытий предусматривает обязательную аутопсию беременных, рожениц и родильниц,² выдача медицинского свидетельства о смерти здесь должна проводиться врачом-патологоанатомом (или судебно-медицинским экспертом, если труп передан на судебно-медицинское вскрытие). Необходимо помнить, что в

¹ Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6–8 недель. Ближайшие 2–4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как ранний послеродовой период. По истечении этого времени начинается поздний послеродовой период.

² Приложение к приказу МЗМП Российской Федерации № 82 от 29.04.1994 г. «Положение о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

разделе «II» медицинского свидетельства о смерти (пункты 10 и 19), предназначенном для регистрации «прочих важных состояний, способствовавших смерти», указывают срок беременности (если смерть наступила в период беременности), продолжительность послеродового периода (в т.ч. после аборта и внематочной беременности) в часах или днях, а также перечисляются оперативные вмешательства с указанием дат. Кроме того, в пунктах 12 и 21 свидетельства необходимо подчеркнуть раздел, соответствующий времени наступления смерти. В посмертном диагнозе патология плода и последа записывается отдельной строкой после рубрики «сопутствующие заболевания», а в медицинском свидетельстве о смерти отражается в строке II как «прочие важные состояния» (прим. XV.04).

Беременность с абортным исходом [O00–O08] – группа, включающая коды и осложненной внематочной беременности (прим. XV.01). В эту же группу входит код такой разновидности трофобластической болезни как «классический пузырный занос», но злокачественный (инвазивный) пузырный занос и хорионэпителиома кодируются в классе II «Новообразования» как новообразования плаценты – D39.2 (прим. II.15).

Криминальные аборты, находящиеся в компетенции судебно-медицинской экспертизы, кодируются как «другие виды аборта» [O05.–] с уточняющим для всех абортов (в т.ч. самопроизвольных и медицинских) четвертым знаком (прим. XV.02).

Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде [O10–O16]. В данной группе располагаются коды таких первоначальных причин смерти, как тяжелая преэклампсия [O14.1] и эклампсия [O15.–] (прим. XV.03). Здесь же имеется специальный код для существовавшей до беременности гипертонической болезни [O10.0], которая для данной ситуации исключена из класса болезней кровообращения.

Пример XV.01. Трубная правосторонняя беременность на 6-й неделе прервалась по типу разрыва трубы и осложнилась массивным внутрибрюшным кровотечением. Несмотря на проведенную операцию резекции правой маточной трубы и интенсивную терапию, развился ДВС-синдром и геморрагический шок, послуживший непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|--|
| I а) геморрагический шок | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) внутрибрюшное кровотечение | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) трубная беременность (6 недель) с разрывом трубы | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II Операция тубэктомии (дата) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XV.02. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|--|
| I а) бактериально-токсический шок | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) метроэндометрит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) криминальный неполный аборт на 20-й неделе беременности | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью [O20–O29] – группа, включающая ряд опасных для жизни состояний, которые могут послужить первоначальными причинами смерти. Среди них – венозные осложнения [O22.–] (*прим. XV.04*).

К акушерским причинам смерти в МКБ-10 относится и сахарный диабет при беременности, причем не только так называемый диабет беременных [O24.4], но и предсуществовавшие инсулинзависимый [O24.1] и инсулиннезависимый [O24.2] варианты сахарного диабета.

В эту же группу входит ряд ятрогений, связанных с анестезией во время беременности [O29.–]. Подобные указанным ятрогенные процессы кодируются в других группах класса XV, если они возникают во время аборта [O00–O08], родов [O74.–] и в послеродовом периоде [O89.–]. Следует напомнить, что в случаях, когда ятрогения выносится на место первоначальной причины смерти, необходимо заполнять и кодировать строку «г» раздела «I» медицинского свидетельства о смерти (*прим. XV.05*).

Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения [O30–O48] – группа, включающая коды различных состояний, требующих медицинской

Пример XV.03. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|---|
| I а) отек головного мозга с дислокацией ствола | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) субарахноидальное кровоизлияние | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) эклампсия в послеродовом периоде | <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 5 . <input type="text"/> 2 |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II Самопроизвольные срочные роды, послеродовый период, 2-е сутки | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XV.04. У женщины, умершей на 36-й неделе беременности от тромбоза ствола и ветвей легочной артерии, на вскрытии обнаружен тромбоз вен маточного сплетения и подвздошно-поясничных вен. Плод погиб. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) тромбоз легочной артерии | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| б) глубокий флелотромбоз при беременности | <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 . <input type="text"/> 3 |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II Беременность 36 недель, антенатальная гибель плода | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XV.05. Во время вводного наркоза при операции кесарева сечения на 38-й неделе беременности развился синдром Мендельсона с остановкой сердца. Реанимационные мероприятия без эффекта. Ребенка удалось спасти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|---|---|
| I а) синдром Мендельсона во время вводного наркоза | <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 9 . <input type="text"/> 0 |
| б) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) несчастный случай во время оказания хирургической помощи | <input type="text"/> Y <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 5 . <input type="text"/> 8 |
| II Беременность 38 недель. Кесарево сечение (дата) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

помощи, а также патологию амниотической полости, оболочек плода, плаценты (*прим. XV.06*).

Осложнения родов и родоразрешения [O60–O75] – группа, включающая в числе прочего различные акушерские травмы и осложнения анестезии во время родов и родоразрешения (*прим. XV.07 и XV.08*). Осложнения анестезии во время аборта и в послеродовом периоде кодируются в других группах класса XV: O00–O08 и O89.– соответственно.

Септицемия во время родов рассматривается как основное заболевание ввиду отсутствия каких-либо значимых изменений в месте входных ворот инфекции (*прим. XV.09*).

Кроме осложнений анестезии среди первоначальных причин смерти могут фигурировать ятрогении, вызванные акушерскими пособиями и интенсивной терапией. Если они возникают на фоне удовлетворительного

Пример XV.06. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| I а) геморрагический шок | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| б) маточное кровотечение | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| в) преждевременная отслойка плаценты | <input type="text"/> | 0 | 4 | 5 | . | 0 |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| II Беременность 34 недели. Антенатальная гибель плода. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Кесарево сечение (дата) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Пример XV.07. У беременной в сроке 38 недель на фоне первичной слабости родовой деятельности в раннем послеродовом периоде развилось массивное атоническое кровотечение. Несмотря на выполненную по жизненным показаниям экстирпацию матки без придатков женщина умерла от геморрагического шока. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| I а) геморрагический шок | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| б) атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде | <input type="text"/> | 0 | 7 | 2 | . | 1 |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| II Первичная родовая слабость. Роды при беременности 38 недель. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Операция экстирпации матки (дата) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Пример XV.08. У женщины с клинически узким тазом в сроке беременности 39 недель выполнена операция кесарева сечения. Вследствие неудачной интубации (пищеводное стояние интубационной трубки) развилось острое вздутие желудка и произошла декорткация (постаноксическая энцефалопатия). Плод погиб интранатально. Пациентка, несмотря на искусственную вентиляцию легких и интенсивную терапию, умерла, не выходя из комы, на 3-й день послеродового периода. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| I а) постаноксическая энцефалопатия | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| б) острое вздутие желудка | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| в) неудачная интубация при наркозе | <input type="text"/> | 0 | 7 | 4 | . | 7 |
| г) неправильное положение эндотрахеальной трубки при наркозе | <input type="text"/> | Y | 6 | 5 | . | 3 |
| II Кесарево сечение в сроке беременности 39 недель. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Интранатальная гибель плода. Послеродовый период 3-и сутки | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

состояния женщины или являются результатом дефектов лечебно-диагностического процесса, то учитываются как первоначальная причина смерти под кодом O75.4. Здесь может быть закодирована, например, смерть в результате переливания роженице иногруппной, загрязненной или перегретой крови, плазмы, эритроцитарной массы, кровезаменителей (*прим. XV.10*). К этому же коду относятся неблагоприятные индивидуальные реакции на лекарства в терапевтических дозах или случайное нанесение вреда из-за превышения дозировок.

Родоразрешение [O80–O84]. Коды этой группы используются для первичного кодирования заболеваемости только в том случае, если отсутствуют записи о наличии других состояний, классифицированных в других группах класса XV. В статистике смертности данная группа кодов не применяется.

Осложнения, связанные с преимущественно послеродовым периодом [O85–O92] могут фигурировать в медицинских свидетельствах как непосредственные, промежуточные и первоначальные причины смерти. В отличие от септицемии во время родов [O75.3] (*прим. XV.09*) послеродовый сепсис, как правило, имеет диагностически значимый источник и расценивается как осложнение основного заболевания – конкретной послеродовой инфекции (*прим. XV.11*). В эту же группу входят инфекции молочной железы (маститы), связанные с беременностью [O91.–], а также ятрогении, связанные с анестезией в послеродовом периоде [O89.–].

Кроме послеродовых инфекций в данной нозологической группе рассматриваются послеродовые венозные тромбозы [O87.–] и акушерские эмболии [O88.–], ряд ятрогенных состояний [O89–O90] и послеродовые инфекции молочной железы [O91.–].

Другие акушерские состояния, не классифицированные в других рубриках [O95–O99]. Эта группа кодов позволяет классифицировать случаи поздней материнской смерти [O96, O97] и экстрагенитальные состояния с учетом

Пример XV.09. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) септицемия во время родов

.

б) –

.

в) –

.

г) –

.

II Срочные роды в сроке беременности 38 недель

.

Пример XV.10. Медицинское свидетельство о смерти:

I а) острая почечная недостаточность

.

б) гемоглинурийный нефроз

.

в) несовместимость перелитой иногруппной крови

.

г) –

.

II Анемия беременных. Самопроизвольные срочные роды, послеродовый период 36 час.

.

приоритета класса XV. Отдельно представлены объединенные коды для инфекционных, паразитарных заболеваний, а также болезней крови и кроветворных органов, эндокринной системы, органов кровообращения, дыхания и пищеварения [O98–O99].

Так, для материнской смерти (в период беременности или в течение 42 суток после ее окончания), косвенно связанной с акушерскими причинами, формулировка основного заболевания выбирается из других классов МКБ, но кодирование выполняется в диапазоне O95–O99 (*прим. XV.12*). Для существовавших до беременности эссенциальной гипертонии, сахарного диабета и послеродового тиреоидита в классе XV предусмотрены отдельные коды (см. выше).

Кроме основного перечня наиболее частых экстрагенитальных заболеваний, осложняющих беременность, роды и послеродовый период, в МКБ-10 имеется подгруппа «другие уточненные болезни» [O99.8], куда следует включать относительно редкие причины материнской смертности: болезни мочеполовых путей, новообразования, костно-мышечную патологию, врожденные пороки развития и др.

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде [P00–P96]

Коды данного класса используются при выдаче медицинских свидетельств о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-08) и медицинских свидетельств о смерти (форма № 106/у-08), если ребенок погибает позже перинатального периода, но от нарушений, возникших в перинатальном периоде.

Пример XV.11. После самопроизвольных родов на 38-й неделе беременности у женщины развился острый гнойный эндомиометрит, осложнившийся септициемией, обусловившей расстройство деятельности жизненно важных органов и смерть на 10-е сутки. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) септициемия | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | | |
| б) послеродовый эндомиометрит | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Срочные роды в сроке беременности 38 нед.,
послеродовый период 10-е сут. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Пример XV.12. У женщины, страдавшей фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, на 30-й неделе беременности развилось профузное легочное кровотечение и постгеморрагический шок, послуживший непосредственной причиной смерти. Плод погиб. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|
| I а) постгеморрагический шок | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> | | | |
| б) легочное кровотечение | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| в) фиброзно-кавернозный туберкулез легких | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| г) – | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |
| II Беременность 30 недель. Антенатальная гибель плода | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | . | <input type="text"/> |

Перинатальный период начинается с 154-го дня беременности и продолжается до 7-го полного дня жизни (168 часов) после рождения. **Неонатальный период** (период новорожденности) заканчивается через 28 полных дней после рождения. Медицинскими учреждениями осуществляется регистрация всех родившихся живыми и мертвыми, имевших при рождении гестационный возраст более 22 недель, массу тела 500 г и более и длину тела 25 см, независимо от наличия признаков жизни.

Живорожденным считается родившийся (извлеченный из организма матери) плод, который дышит или проявляет другие признаки жизни, независимо от перерезки пуповины и отделения плаценты. **Мертворожденным** является плод, погибший до полного изгнания (извлечения) из организма матери.

Масса тела плода или новорожденного регистрируется сразу после рождения. Малой при рождении считается масса тела менее 2500 г (до и включая 2499 г). Очень малой при рождении считается масса тела менее 1500 г (до и включая 1499 г). В статистику перинатальной смертности включены все случаи живо- и мертворождения и с экстремально низкой (крайне малой) массой тела – от 500 до 999 г.¹

Продолжительность беременности (гестационный возраст) определяется с первого дня последнего нормального менструального цикла. Срок беременности выражается в полных днях или полных неделях (например, события, произошедшие в период между 280-м и 286-м полными днями после начала последнего нормального менструального периода, считаются произошедшими при 40 неделях беременности).

Недоношенность устанавливается при родах в сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней). **Доношенность** определяется при родах в сроке беременности от 37 полных недель до (менее чем) 42 полных недель (259–293 дней). **Переношенность** отмечается при родах в сроке беременности 42 полные недели и более (294 дня и более).

Регистрация рождения мертвого плода (массой 1000 г и более, длиной тела 35 см и более, при сроке беременности 28 недель и более) осуществляется на основе медицинского свидетельства о перинатальной смерти. Медицинское свидетельство о рождении (форма № 103/у-08) в данной ситуации не заполняется. Новорожденный с указанными выше параметрами, умерший в течение 7 суток после рождения, должен быть зарегистрирован в органах ЗАГС как родившийся живым – на основании медицинского свидетельства о рождении, а затем как умерший – на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти.

Смерть родившихся с экстремально низкой массой тела (от 500 до 999 г) подлежит регистрации в тех случаях, если они прожили больше 168 часов

¹ Приказ Минздравмедпрома РФ № 318 от 04.12.1992 г. «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живо- и мертворождения».

(7 полных суток) после рождения: заполняются медицинское свидетельство о рождении и медицинское свидетельство о смерти.

Класс XVI включает нарушения, возникающие в перинатальном периоде, даже если смерть или болезнь наступают позже. Исключения составляют болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ [E00–E90], врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения [Q00–Q99], новообразования [C00–D48], столбняк новорожденного [A33]; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98].

Многие болезни и патологические состояния, от которых может наступить смерть ребенка (плода) в перинатальном периоде, исключены из XVI класса МКБ-10, а с другой стороны, не каждое состояние, включенное в него, может возглавить патолого-анатомический диагноз без того, чтобы не возникли противоречия с основополагающими принципами и научными основами его построения. Например, кровопотери и кровоизлияния в жизненно важные органы (головной мозг и его желудочки, надпочечники, массивный гемоперитонеум при разрывах субкапсулярных гематом печени), а также инфаркты мозга и перивентрикулярные лейкомаляции, пневмопатии при внутриутробных инфекциях, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания [P60], асфиксию новорожденного [P21] с нозологических позиций необходимо расценивать как осложнения асфиксии, вирусной инфекции, родовой травмы и т.д.

Большое количество патологических процессов, возникающих вследствие перенесенных гаметопатий, бластопатий, эмбриопатий и ранних фетопатий, включено в другие классы МКБ-10. Все врожденные аномалии развития и хромосомные болезни составляют содержание самостоятельного XVII класса (рубрики Q00–Q99). Врожденные опухоли включены во II класс. Наследственные нарушения обмена веществ и другие генетически обусловленные заболевания (муковисцидоз [E84], врожденный адреногенитальный синдром [E25], семейные желтухи [E80]) входят в IV класс, врожденные иммунодефицитные синдромы [D80–D89] и наследственные гемолитические анемии [D55–D58] – в III класс.

В перинатальном периоде могут возникать и разнообразные осложнения, обусловленные:

- а) диагностическим амниоцентезом (повреждения плода иглой [P00.6], инфицирование, прерывание беременности);
- б) отравлением плода и новорожденного (употребление обезболивающих средств во время беременности и родов [P04.0], химиотерапия при раке [P04.1], употребление алкоголя [P04.3], пищевые отравления и отравления лекарствами, введенными плоду или новорожденному [P93]);
- в) искусственной вентиляцией легких и инфузионной терапией (бронхолегочная дисплазия, интерстициальная эмфизема, пневмоторакс, проколы

сосудов и сердца, язвенно-некротические трахеобронхиты, пневмонии, катетеризационный сепсис, тромбозы и тромбоэмболии и т.д.);

г) зондированием желудка и отсасыванием слизи из верхних дыхательных путей (травмы глотки, пищевода, желудка, острые гастриты и эзофагиты, аспирационные пневмонии);

д) родовспоможением (переломы костей, травмы позвоночника и спинного мозга и др.);

е) внутрибольничным инфицированием (бактериальные и грибковые пневмонии, гастроэнтериты, циститы и пиелонефриты при катетеризации мочевого пузыря).

Все перечисленные выше патологические процессы, в возникновении которых определяющую роль играют медицинские воздействия, приравниваются к нозологическим единицам и в зависимости от танатологической значимости могут занимать в диагнозе любое место, кроме осложнений. При кодировании их используют рубрики не только XVI, но и XIX класса [Т36–Т50, Т80–Т88]. Во всех этих случаях в строке «г» раздела «I» свидетельства о смерти или строке «д» свидетельства о перинатальной смерти должны указываться внешние причины перечисленных осложнений (отдельные рубрики P00–P04, P58.4, P93 и P96 XVI класса или коды Y60–Y84 XX класса).

Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения [P00–P04] – группа кодов, обозначающих состояния матери, когда они уточнены как причина смерти или болезни плода или новорожденного. Эти состояния записываются в строках «в» и «г» свидетельства о перинатальной смерти, причем в строке «в» может быть записано только одно заболевание (состояние). Эти коды не должны использоваться для обозначения состояний, записанных в строках «а» и «б». Состояния плода или новорожденного, записанные в строке «а», можно обозначать кодами любых рубрик, кроме P00–P04.

Таким образом, все заболевания (состояния) матери, осложнения беременности, родов и родоразрешения, оказавшие влияние на плод, в строках «в» и «г» медицинского свидетельства о перинатальной смерти обозначаются кодами P00–P04¹.

Кодом P00.0 обозначаются поражения, обусловленные гипертензивными состояниями, в том числе классифицированные как преэклампсия и эклампсия. Кодами P01.– классифицируются осложнения беременности, куда входят истмико-цервикальная недостаточность [P01.0], преждевременный разрыв плодных оболочек [P01.1], смерть матери [P01.6], неправильное положение плода перед родами [P01.7] и др. (*прим. XVI.01*).

Кодами P02.– отмечены патологические изменения плаценты, пуповины и плодных оболочек: предлежание и отслойка плаценты, синдром плацентарной трансфузии, выпадения или другие виды сдавления пуповины,

¹ Исключение здесь составляют эндокринные и обменные нарушения у матери [P70–P74].

короткая пуповина, повреждения хориона и амниона (*прим. XVI.02 и XVI.03*). К «другим осложнениям» родов и родоразрешения, оказывающим влияние на плод и новорожденного [P03.-], отнесены суженный таз матери, наложение щипцов, применение вакуум-экстрактора, нарушения сократительной деятельности матки, плодоразрушающие операции. Кодами P04.- обозначены поражения, обусловленные воздействием вредных веществ (в т.ч. алкоголя и наркотиков), проникающих через плаценту или грудное молоко.

Расстройства, связанные с продолжительностью беременности и ростом плода [P05–P08] – группа кодов для обозначения замедленного роста и недостаточности питания плода [P05.0–P05.9], укорочения срока беременности и малой массы плода [P07.-], удлинения срока беременности и большой массы тела при рождении [P08.-]. Означенные состояния не могут занимать место первоначальной причины смерти и указываются в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти в строке «б» (*прим. XVI.04*).

Родовая травма [P10–P15]. Диагноз при родовых травмах, включенных в данный блок рубрик, должен начинаться с указаний на локализацию

Пример XVI.01. У возрастной первородящей с урогенитальным микоплазмозом в родах произошел преждевременный разрыв плодных оболочек. Интранатальная гибель плода. На вскрытии у доношенного плода обнаружены проявления тяжелой гипоксии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| а) интранатальная асфиксия плода | <table border="1"><tr><td>P</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>9</td></tr></table> | P | 2 | 1 | 9 |
| P | 2 | 1 | | | |
| 9 | | | | | |
| б) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| в) преждевременный разрыв плодных оболочек | <table border="1"><tr><td>P</td><td>0</td><td>1</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | P | 0 | 1 | 1 |
| P | 0 | 1 | | | |
| 1 | | | | | |
| г) урогенитальный микоплазмоз | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| д) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Пример XVI.02. Во время оперативных родов по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита, извлечен доношенный мертворожденный. На вскрытии плода обнаружены проявления тяжелой гипоксии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| а) интранатальная асфиксия плода | <table border="1"><tr><td>P</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>9</td></tr></table> | P | 2 | 1 | 9 |
| P | 2 | 1 | | | |
| 9 | | | | | |
| б) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| в) преждевременная отслойка плаценты | <table border="1"><tr><td>P</td><td>0</td><td>2</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | P | 0 | 2 | 1 |
| P | 0 | 2 | | | |
| 1 | | | | | |
| г) хронический пиелонефрит | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| д) операция кесарева сечения (дата) | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Пример XVI.03. Во время родов произошла гибель доношенного плода вследствие выпадения петель пуповины. У матери диагностирована тяжелая преэклампсия. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| а) внутриутробная гипоксия плода | <table border="1"><tr><td>P</td><td>2</td><td>0</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> | P | 2 | 0 | 1 |
| P | 2 | 0 | | | |
| 1 | | | | | |
| б) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| в) выпадение петель пуповины | <table border="1"><tr><td>P</td><td>0</td><td>2</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>4</td></tr></table> | P | 0 | 2 | 4 |
| P | 0 | 2 | | | |
| 4 | | | | | |
| г) тяжелая преэклампсия | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| д) – | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

и характер механических повреждений тканей ребенка (плода), полученных в процессе родового акта: растяжений, разрывов, переломов, вывихов и т.д. (прим. XVI.05). Отсюда исключены разнообразные кровоизлияния, в том числе и внутричерепные (субдуральные, внутримозговые) [P52.–], которые без указаний на механические повреждения не могут документировать родовую травму. Подобные кровоизлияния должны трактоваться как осложнения, например, при асфиксии, врожденных и внутрибольничных инфекциях, пневмониях, наследственных и приобретенных геморрагических диатезах, инфузионной гиперосмолярной терапии и др. Сказанное в равной степени относится и к церебральной лейкомаляции [P91.2], которая чаще всего возникает в постнатальном периоде. Только неуточненные внутричерепные кровоизлияния и энцефаломалиции могут сыграть роль эквивалента нозологической единицы и в зависимости от танатологической значимости занять соответствующее место в патолого-анатомическом диагнозе.

В перинатальном периоде в результате гипоксии могут возникать изменения, которые трудно отличить от механической родовой травмы. К ним относятся кровоизлияния и некрозы в головном и спинном мозге и их оболочках, кровоизлияния под капсулу печени, кровоизлияния в надпочечники и другие органы. Для их обозначения используют термин «родовые повреждения». В медицинском свидетельстве о перинатальной смерти, в зависимости от роли в танатогенезе, они могут занимать разные строки. Так, внутримозговые нетравматические кровоизлияния [P52.0–P52.3] следует регистрировать в строке «а» (прим. XVI.06), в то время как субарахноидальные кровоизлияния определенных локализаций [P52.5] или подкапсульные гематомы печени (без массивного гемоперитонеума) – в строке «б».

Пример XVI.04. Доношенный новорожденный от матери с хроническим пиелонефритом и ожирением умер на 3-и сутки жизни от двухсторонней пневмонии на фоне выраженной гипотрофии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) врожденная пневмония | P 2 3 . 8 |
| б) маловесный для гестационного возраста плод | □ □ □ . □ |
| в) хронический пиелонефрит | P 0 0 . 1 |
| г) ожирение | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVI.05. Новорожденный умер на 2-е сутки после стремительных родов от кровоизлияния в вещество головного мозга вследствие двухстороннего разрыва мозжечкового намета. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|-------------------------------|-----------|
| а) разрыв мозжечкового намета | P 1 0 . 4 |
| б) кровоизлияние в мозг | □ □ □ . □ |
| в) стремительные роды | P 0 3 . 5 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Дыхательные и сердечно-сосудистые нарушения, характерные для перинатального периода [P20–P29] – пожалуй, наиболее часто используемая группа кодов для регистрации причин смерти в перинатальном периоде. Она включает внутриутробную гипоксию [P20.–] (за исключением гипоксического внутричерепного кровоизлияния), асфиксию при родах [P21.–], респираторный дистресс-синдром [P22.–], врожденную пневмонию [P23.–] (за исключением аспирационной), неонатальные аспирационные синдромы [P24.–], бронхолегочную дисплазию [P27.1], первичный ателектаз легких у новорожденного [P28.0, P28.1]. Кодировка причин смерти по другим рубрикам этой группы используется значительно реже.

Учитывая спорность точки зрения на асфиксию плода и новорожденного как на основное заболевание, к решению вопроса о структуре заключительного диагноза и свидетельства о смерти нужно подходить индивидуально, с учетом конкретной ситуации. В случаях прерывания беременности по социальным и медицинским показаниям асфиксию следует рассматривать как индуцированный механизм танатогенеза и в свидетельстве о перинатальной смерти в качестве основного заболевания (строка «а») указывать причину, по поводу которой было проведено прерывание беременности (врожденный порок сердца, врожденная гидроцефалия и др.). Это необходимо также и для того, чтобы асфиксия не «поглощала» разнообразную патологию, по поводу которой по обоснованным показаниям было выполнено прерывание беременности. При этом, если срок беременности был менее 28 недель, масса плода – менее 1000 г, теменно-пяточная длина – менее 35 см, медицинское свидетельство о смерти не оформляется.

Асфиксию плода и новорожденного следует считать первоначальной причиной смерти и записывать в строке «а» свидетельства о перинатальной смерти лишь в случаях, сопровождающихся тяжелой ante- и интранатальной гипоксией, которая не разрешилась после рождения и привела к смерти ребенка в 1-е сутки жизни (*прим. XVI.01–XVI.03, XVI.07–XVI.09*). Важное значение здесь может иметь и патология матери, беременности, плаценты и родов, которую необходимо отражать в строках «в–г» свидетельства о перинатальной смерти.

Пример XVI.06. Недоношенный новорожденный умер на 2-е сутки от кровоизлияния в боковые желудочки на фоне гипоксии плода и новорожденного. У матери был диагностирован гестоз второй половины беременности и тяжелая миопия. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) внутрижелудочковое нетравматическое кровоизлияние
 б) гипоксия плода и новорожденного
 в) гестоз второй половины беременности
 г) миопия
 д) –

P	5	2	.	3
			.	
P	0	1	.	8
			.	
			.	

В данной группе кодов рассматриваются и дыхательные расстройства, известные в отечественной классификации как **пневмопатии** (респираторный дистресс-синдром новорожденных – МКБ-10). Если они обнаруживаются у детей с различными внутриутробными инфекциями, то рассматриваются как осложнения, а инфекции играют роль первоначальной причины смерти. Только «истинные» неинфекционные или неуточненные пневмопатии могут претендовать на роль эквивалента нозологической единицы и даже возглавить патолого-анатомический диагноз (строка «а» свидетельства о перинатальной смерти). Так, ателектатическая форма пневмопатии обозначается кодом P28.0 (первичный ателектаз у новорожденного – прим. XVI.10),

Пример XVI.07. У матери, страдавшей тяжелым ревматическим пороком сердца (митральный стеноз) с угрозой выкидыша во второй половине беременности, во время родов от асфиксии погиб ребенок с признаками недоношенности и тяжелой гипоксической фетопатии (низкая масса тела, на вскрытии – отсутствие ядра Беклара, дистрофия паренхиматозных органов, признаки асфиксии). Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|--|-----------|
| а) внутриутробная гипоксия | P 2 0 . 0 |
| б) недоношенность, интранатальная асфиксия плода | □ □ □ . □ |
| в) ревматический митральный стеноз | P 0 0 . 3 |
| г) угрожающий выкидыш во 2-й половине беременности | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVI.08. Во время срочных родов произошел разрыв сосудов пуповины при ее оболочечном прикреплении. Смерть ребенка от внутриутробной асфиксии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) внутриутробная асфиксия во время родов | P 2 0 . 1 |
| б) – | □ □ □ . □ |
| в) разрыв сосудов пуповины | P 0 2 . 6 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVI.09. У женщины 38 лет во время первых родов зарегистрирована первичная слабость родовой деятельности. Плод погиб от интранатальной асфиксии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|--|-----------|
| а) интранатальная асфиксия плода | P 2 1 . 9 |
| б) – | □ □ □ . □ |
| в) первичная слабость родовой деятельности | P 0 3 . 6 |
| г) возрастная первородящая, 38 лет | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVI.10. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|--|-----------|
| а) первичный ателектаз новорожденного | P 2 8 . 0 |
| б) асфиксия новорожденного | □ □ □ . □ |
| в) вторичная слабость родовой деятельности | P 0 3 . 6 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

болезнь гиалиновых мембран – кодом P22.0 (*прим. XVI.11*). Отечно-геморрагический синдром в МКБ-10 отсутствует и поэтому кодируется как «массивное легочное кровотечение, возникшее в перинатальном периоде» [P26.1] (*прим. XVI.12*). Смешанная форма пневмопатии кодируется по преобладающему синдрому из вышеперечисленных. Массивная аспирация околоплодных вод входит в группу неонатальных аспирационных синдромов и обозначается кодами P24.– (*прим. XVI.13*).

В связи с особенностями реактивности организма новорожденных, особенно недоношенных и с экстремально низкой массой тела, инфекционные заболевания, развивающиеся внутриутробно, в заключительном диагнозе и свидетельстве о перинатальной смерти должны занимать место основной причины смерти. Так, врожденные пневмонии без признаков генерализации процесса, диагностированные у мертворожденных или детей, погибших в первые двое суток жизни, рассматриваются как основная причина смерти [P23.–]. Однако такие пневмонии чаще всего являются проявлением генерализованной внутриутробной инфекции [P35–P37] и могут фигурировать как непосредственные причины смерти в диагнозе и свидетельстве о перинатальной смерти (строка «б»).

Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода [P35–P39], кодируются в этой группе за исключением столбняка новорожденного [A33], ВИЧ-инфекции [Z21, B20–B24, R75], гонококковой инфекции [A54.–], врожденной пневмонии [P23.–], сифилиса [A50.–], кишечных [A00–A09] и ряда других инфекций. Среди них – врожденный пневмонит, вызванный вирусом краснухи [P35.0], врожденная цитомегаловирусная инфекция [P35.1],

Пример XVI.11. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|--|-----------|
| а) болезнь гиалиновых мембран | P 2 2 . 0 |
| б) асфиксия новорожденного | □ □ □ . □ |
| в) множественные инфаркты плаценты | P 0 2 . 2 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) кесарево сечение в сроке беременности 34 недели | □ □ □ . □ |

Пример XVI.12. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|--|-----------|
| а) отечно-геморрагический синдром | P 2 6 . 1 |
| б) незрелость: маловесный для срока плод | □ □ □ . □ |
| в) хронический пиелонефрит | P 0 0 . 1 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVI.13. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) массивная аспирация околоплодных вод | P 2 4 . 1 |
| б) асфиксия новорожденного | □ □ □ . □ |
| в) хроническая плацентарная недостаточность | P 0 2 . 2 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

инфекция, вызванная вирусом простого герпеса [P35.2], врожденный вирусный гепатит [P35.3]. Особо следует подчеркнуть значение в перинатальной патологии бактериального сепсиса новорожденного (врожденная септицемия) [P36.-], врожденного туберкулеза [P37.0], токсоплазмоза [P37.1] и неонатального (диссеминированного) листериоза [P37.2]. Все упомянутые заболевания встречаются в патолого-анатомической и судебно-медицинской практике достаточно редко, за исключением сепсиса новорожденного, который в Российской Федерации в структуре неонатальной смертности в последние десятилетия занимает 4–5-е (4–5 случаев на 1000 живорожденных).

Сепсисом новорожденного, или неонатальным сепсисом, называют сепсис, возникающий на первом месяце жизни. Внутриутробная инфекция, часто фигурирующая в заключительном клиническом диагнозе, должна кодироваться как внутриутробная пневмония [P23.-] или бактериальный сепсис новорожденного, или как другая врожденная или паразитарная болезнь [P37.-]. Необходимо отметить, что неонатальный сепсис нередко сочетается с другой тяжелой патологией: гиалиновыми мембранами легких, внутрижелудочковыми кровоизлияниями, врожденными пороками развития. Подобные случаи требуют тщательного анализа, однако приоритет здесь, как правило, учитывая тяжесть процесса и его зависимость от медицинских вмешательств во время беременности и родов, отдается неонатальному сепсису (прим. XVI.14– XVI.16).

Геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного [P50–P61] – группа кодов, относящихся к различным видам кровоизлияний

Пример XVI.14. Недоношенный новорожденный умер на 5-е сутки. В клинике был диагностирован генерализованный инфекционный процесс, внутрижелудочковое кровоизлияние, пневмопатия, полиорганная недостаточность. У матери – преждевременное отхождение околоплодных вод и хронический пиелонефрит. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) бактериальный сепсис новорожденного
- б) внутрижелудочковое кровоизлияние
- в) преждевременное отхождение околоплодных вод
- г) хронический пиелонефрит
- д) –

P	3	6	.	8
			.	
P	0	1	.	1
			.	
			.	

Пример XVI.15. У матери с бактериальным вагинозом в предродовом периоде, преждевременным излитием околоплодных вод и вторичной родовой слабостью родился недоношенный новорожденный, умерший на 12-е сутки от врожденной внутриутробной генерализованной бактериальной инфекции. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) бактериальный сепсис новорожденного
- б) недоношенность
- в) бактериальный вагиноз
- г) вторичная родовая слабость
- д) –

P	3	6	.	8
			.	
P	0	0	.	8
			.	
			.	

и кровотечений и других гематологических нарушений, возникающих в перинатальном периоде. Прежде всего здесь следует упомянуть о внутричерепном нетравматическом кровоизлиянии [P52.-], геморрагической болезни, связанной с дефицитом витамина К [P53], гемолитической болезни [P55.-], диссеминированном внутрисосудистом свертывании крови [P60].

Довольно частая причина смерти – внутричерепное нетравматическое кровоизлияние у плода и новорожденного – включает внутричерепное кровоизлияние вследствие аноксии (гипоксии) при исключении внутричерепных кровоизлияний, обусловленных родовой травмой [P10.-], травмой матери [P00.5] или другой травмой [S06.-]. Кодировка внутричерепных внутрижелудочковых кровоизлияний осуществляется по степеням в зависимости от их распространенности:

1-я степень – субэпендимальное кровоизлияние без распространения на желудочки [P52.0];

2-я степень – субэпендимальное кровоизлияние с распространением на желудочки [P52.1] (*прим. XVI.17*);

3-я степень – субэпендимальное кровоизлияние с распространением на желудочки и ткань мозга [P52.2].

В эту же группу включены другие внутричерепные нетравматические кровоизлияния [P52.3–P52.9] (*прим. XVI.18*).

Два десятилетия назад под термином «геморрагическая болезнь новорожденного» объединяли самые различные заболевания – от наследственных коагуло- и тромбоцитопатий до ДВС-синдрома. Однако МКБ-10 рубрикой P53 четко отграничивает понятие геморрагической болезни, связывая ее

Пример XVI.16. У матери с кандидомикозным кольпитом, анемией и миопией родился доношенный новорожденный с явлениями гипотрофии, который умер на 7-е сутки с диагнозом: «внутриутробная инфекция: генерализованный кандидомикоз, пневмония». Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) врожденный генерализованный кандидомикоз

P	3	7	.	5
			.	

б) малая масса тела при рождении

			.	
--	--	--	---	--

в) кандидомикозный кольпит

P	0	0	.	8
			.	

г) анемия

			.	
--	--	--	---	--

д) –

			.	
--	--	--	---	--

Пример XVI.17. У беременной с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в сроке 34 недели путем кесарева сечения извлечен мальчик массой 2300 г, который через несколько часов умер. На вскрытии найдено внутрижелудочковое кровоизлияние и пневмопатия (болезнь гиалиновых мембран). Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) внутрижелудочковое кровоизлияние в головной мозг

P	5	2	.	1
			.	

б) болезнь гиалиновых мембран

			.	
--	--	--	---	--

в) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

P	0	2	.	1
			.	

г) –

			.	
--	--	--	---	--

д) кесарево сечение в сроке беременности 34 недели

			.	
--	--	--	---	--

с дефицитом витамина К. Считается, что геморрагическая болезнь новорожденного развивается у 0,25–0,5% родившихся. После повсеместного введения в практику парентерального назначения витамина К₁ частота геморрагической болезни новорожденного, особенно за рубежом, резко снизилась и составляет сегодня 0,01% и менее (прим. XVI.19).

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного диагностируется в России в 0,5–0,6% наблюдений. Однако, учитывая частоту анемий у новорожденных, она, вероятно, встречается чаще. Самые распространенные формы гемолитической болезни, обусловленные конфликтом по резус- или АВ0-факторам, кодируются как P55.0 и P55.1 соответственно. Водянку плода, обусловленную гемолитической болезнью, следует обозначать лишь как проявление (осложнение) ее самой тяжелой формы (прим. XVI.20). То же самое относится и к ядерной желтухе, и к ДВС-синдрому. Следует отметить, что перинатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом вследствие кровоподтеков, кровотечений, инфекций и других причин [P58.-], исключает желтуху, обусловленную изоиммунизацией [P55–P57].

Пример XVI.18. У беременной с преждевременной отслойкой плаценты и ретроплацентарной гематомой в сроке 32 недели проведено оперативное родоразрешение. Недоношенный новорожденный умер от массивного кровоизлияния в головной мозг с прорывом в боковые желудочки. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) кровоизлияние в головной мозг с прорывом крови в желудочки | P 5 2 . 4 |
| б) недоношенность | □ □ □ . □ |
| в) предлежание плаценты с кровотечением | P 0 2 . 1 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) кесарево сечение в сроке беременности 32 недели | □ □ □ . □ |

Пример XVI.19. У недоношенного ребенка, умершего на второй день после родов, обнаружены геморрагии (петехии и экхимозы), кишечное кровотечение (мелена), кровавая рвота, массивная кефалогематома. Матери во время родов назначались противосудорожные препараты по поводу эклампсии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) геморрагическая болезнь новорожденного | P 5 3 . □ |
| б) недоношенность | □ □ □ . □ |
| в) эклампсия в родах | P 0 0 . 0 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) назначение противосудорожных препаратов (фенобарбитал) | □ □ □ . □ |

Пример XVI.20. Ребенку, умершему к концу первых суток после родов, поставлен диагноз гемолитической болезни новорожденного с конфликтом по резус-фактору. У матери в анамнезе частые аборт, тяжелый гестоз второй половины беременности (рвота беременных). Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) гемолитическая болезнь новорожденного при резус-изоиммунизации | P 5 5 . 0 |
| б) водянка плода | □ □ □ . □ |
| в) тяжелый гестоз 2-й половины беременности | P 0 1 . 8 |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) частые аборты | □ □ □ . □ |

Преходящие эндокринные нарушения и нарушения обмена веществ, специфичные для плода и новорожденного [P70–P74] – группа, включающая коды указанных нарушений, возникающих как ответ на эндокринные и метаболические расстройства у матери или на приспособление к внеутробному существованию. Синдромы, перечисленные в данной группе, в большинстве случаев не рассматриваются как первоначальные причины смерти, однако отдельно здесь следует остановиться на диабетических эмбрио- и фетопатиях.

Распространенность сахарного диабета среди беременных варьирует в пределах 2–8%. Перинатальная смертность при беременности на фоне сахарного диабета может составлять 35–40%, правда, в условиях современных перинатальных центров она снижена до 1–2%. Тем не менее даже с введением скрининга и интенсивной терапии гестационного сахарного диабета частота осложнений у новорожденного колеблется от 12 до 28%. В зависимости от длительности сахарного диабета и наличия его осложнений у матери вероятность рождения жизнеспособного ребенка может снижаться до 30%. При кодировке причин перинатальной смерти в этой группе в строках «в» и «г» свидетельства о перинатальной смерти (состояния матери) следует использовать рубрики P70.– (прим. XVI.21).

Диабетическая эмбриопатия – условно выделяемая «часть» диабетической фетопатии, которая проявляется врожденными пороками развития: 6–8% изолированных и около 2% несовместимых с жизнью комбинированных пороков (прим. XVI.21, XVI.22).

Диабетическую фетопатию диагностируют у 30–95% новорожденных от матерей с сахарным диабетом: примерно в $\frac{2}{3}$ случаев развивается гипертрофическая и в $\frac{1}{3}$ случаев – гипопластическая форма (прим. XVI.23).

Расстройства системы пищеварения у плода и новорожденного [P75–P78]. В данную группу входят коды различных видов повреждений системы пищеварения у плода и новорожденного, включающие кишечную непроходимость [P76.0–], некротизирующий энтероколит [P77], перфорацию кишечника [P78.0] и перитонит [P78.1], врожденный цирроз печени [P78.8] и др.

Пример XVI.21. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) анэнцефалия

Q	0	0	.	0
---	---	---	---	---

б) –

			.	
--	--	--	---	--

в) инсулинзависимый сахарный диабет

P	7	0	.	1
---	---	---	---	---

г) –

			.	
--	--	--	---	--

д) –

			.	
--	--	--	---	--

Пример XVI.22. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) тетрада Фалло

Q	2	1	.	3
---	---	---	---	---

б) –

			.	
--	--	--	---	--

в) гестационный сахарный диабет

P	7	0	.	0
---	---	---	---	---

г) –

			.	
--	--	--	---	--

д) –

			.	
--	--	--	---	--

Из группы исключен мекониевый илеус [E84.1†], являющийся одной из форм муковисцидоза, инвагинация и заворот кишок [K56.-], болезнь Гиршпрунга [Q43.1], неонатальное желудочно-кишечное кровотечение [P54.0–P54.3].

Одна из наиболее тяжелых нозологий в этой группе – некротизирующий энтероколит у плода и новорожденного [P77], который наблюдается у незрелых, недоношенных детей, родившихся в асфиксии, и развивающийся у 1–8% недоношенных. Некротизирующий энтероколит новорожденных может осложняться перфорацией стенки кишечника и перитонитом или, впоследствии, стенозами кишечника на разных уровнях. Летальность при этом состоянии достигает 20–90% (прим. XVI.24).

Состояния, вовлекающие наружные покровы и терморегуляцию плода и новорожденного [P80–P83], представлены гипотермией, другими нарушениями терморегуляции и изменениями кожных покровов. Большинство состояний, обозначенных данной группой кодов, не рассматриваются как основное заболевание (первоначальная причина смерти). Однако здесь следует выделить водянку плода, не связанную с гемолитической болезнью [P83.2], которая может диагностироваться при хромосомных и генных заболеваниях, болезнях сердечно-сосудистой системы, аномалиях развития грудной полости, инфекциях, врожденном нефротическом синдроме или синдроме плацентарной трансфузии. При кодировании перинатальной смерти неиммунная водянка плода должна занимать строку «б» или, если первоначальная причина смерти не диагностирована, – строку «а» (прим. XVI.25, XVI.26).

Другие нарушения, возникающие в перинатальном периоде [P90–P96]. В данный блок кодов включены судороги и другие нарушения церебрального статуса, проблемы вскармливания, реакции и интоксикации, вызванные

Пример XVI.23. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) диабетическая фетопатия

P	7	0	.	1
---	---	---	---	---

б) –

			.	
--	--	--	---	--

в) инсулинзависимый сахарный диабет

P	7	0	.	1
---	---	---	---	---

г) –

			.	
--	--	--	---	--

д) –

			.	
--	--	--	---	--

Пример XVI.24. У недоношенной девочки, умершей на 6-е сутки, отмечалось вздутие живота, срыгивание, рвота, водянистый зеленоватый стул с примесью слизи и прожилками крови. У матери диагностировано предлежание плаценты с дородовым кровотечением и хронический пиелонефрит. На вскрытии обнаружен некротизирующий энтероколит и разлитой мекониальный перитонит. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

а) некротизирующий энтероколит новорожденного

P	7	7	.	
---	---	---	---	--

б) разлитой мекониальный перитонит

			.	
--	--	--	---	--

в) предлежание плаценты с кровотечением

P	0	2	.	0
---	---	---	---	---

г) хронический пиелонефрит

			.	
--	--	--	---	--

д) –

			.	
--	--	--	---	--

лекарственными средствами, нарушения мышечного тонуса, смерть плода по неуточненной причине [P95] и др.

Отдельного упоминания заслуживает церебральная (перивентрикулярная) лейкомаляция [P91.2], частота которой в последнее время увеличилась в связи с увеличением количества недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении. Перивентрикулярную лейкомаляцию относят к родовым повреждениям гипоксического генеза, она не имеет нозологической самостоятельности и поэтому должна в типичных случаях занимать строку «б» свидетельства о перинатальной смерти (*прим. XVI.27, XVI.28*).

Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения [Q00–Q99]

Врожденные пороки развития наблюдаются в среднем у 3% новорожденных, а с учетом микроаномалий их частота превышает 10%. Как ни парадоксально, успехи здравоохранения приводят к увеличению числа врожденных аномалий в популяции, благодаря, во-первых, успешному лечению фенилкетонурии, врожденных пороков сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта и других заболеваний у потенциальных матерей и, во-вторых,

Пример XVI.25. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|---|---|---|--|--|--|---|
| а) синдром Дауна | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Q</td><td>9</td><td>0</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td></tr></table> | Q | 9 | 0 | | | | 9 |
| Q | 9 | 0 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| б) неимунная водянка плода | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| в) – | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| г) – | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| д) кесарево сечение | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Пример XVI.26. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|---|--|--|--|---|
| а) неимунная водянка плода | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>P</td><td>8</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr></table> | P | 8 | 3 | | | | 2 |
| P | 8 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| б) недоношенность | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| в) поздний токсикоз беременных | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>P</td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>8</td></tr></table> | P | 0 | 1 | | | | 8 |
| P | 0 | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| г) – | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| д) – | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Пример XVI.27. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---|--|--|--|---|
| а) асфиксия плода и новорожденного | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>P</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr></table> | P | 2 | 1 | | | | 0 |
| P | 2 | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | |
| б) перивентрикулярная лейкомаляция | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| в) первичная родовая слабость | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>P</td><td>0</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr></table> | P | 0 | 3 | | | | 6 |
| P | 0 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| г) анемия | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| д) – | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Пример XVI.28. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|---|--|--|--|---|
| а) болезнь гиалиновых мембран | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>P</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr></table> | P | 2 | 2 | | | | 0 |
| P | 2 | 2 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | |
| б) перивентрикулярная лейкомаляция | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| в) послеоперационный рубец матки | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>P</td><td>0</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr></table> | P | 0 | 3 | | | | 6 |
| P | 0 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| г) – | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| д) кесарево сечение | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

благодаря продлению жизни больных с врожденными пороками развития. С другой стороны, широкое внедрение пренатальной диагностики и прерывание беременности в I–II триместрах при выявлении аномалий развития способствует снижению их частоты у новорожденных.

Из всех аномалий развития генетически детерминированные пороки составляют 20–30%, пороки экзогенной природы (воздействие тератогенов) от 2–5 до 35%, мультифакториальные пороки (наследственной и экзогенной природы) – 30–40%, пороки неизвестной этиологии – 25–30%.

В структуре перинатальной смертности врожденные пороки развития занимают одно из ведущих мест, их объемная доля зависит от состояния медицинской помощи населению. В странах, где снижена смертность новорожденных от инфекций, родовой травмы и других заболеваний, частота врожденных аномалий соответственно увеличивается и достигает 20%. В Приморском крае, по нашим данным, в 90-х годах прошлого века доля врожденных пороков развития среди детских аутопсий в среднем составляла 19%, в течение восьми лет настоящего столетия – около 24%. Среди них преобладали пороки желудочно-кишечного тракта (27,4%), сердечно-сосудистой системы (23,3%), множественные аномалии (17,9%) и пороки центральной нервной системы (15,8%).

Для правильного оформления врачебного свидетельства о смерти необходимо помнить, что существуют изолированные, системные и множественные пороки. К первым, например, относятся пороки сердца, ко вторым – хондродисплазии, к третьим – пороки, вовлекающие органы двух и более систем (синдромы Дауна, Патау, Эдвардса). Важно учесть, что существуют первичные и вторичные пороки (т.н. «пороки пороков»), которые не относятся к множественным: например, врожденная диафрагмальная грыжа, сопровождающаяся гипоплазией легких.

Изолированные и системные пороки рубрифицируют по системам органов. Множественные аномалии подразделяют на синдромы и неуточненные комплексы, при этом синдромом множественных пороков развития называют устойчивое сочетание двух и более первичных пороков, при которых очевидна их патогенетическая связь и очерчена клиническая картина.

Большая часть нозологических единиц этого класса может фигурировать в свидетельстве о смерти в качестве основного заболевания (первоначальной причины смерти). Врожденные нарушения обмена веществ [E70–E90] исключены из класса XVII.

Врожденные аномалии (пороки развития) нервной системы [Q00–Q07] – группа кодов, включающих анэнцефалию, энцефало- и микроцеле, врожденную гидроцефалию, spina bifida и ряд других врожденных аномалий. Некоторые из них (анэнцефалия) несовместимы с жизнью, а некоторые (синдром Арнольда – Киари) могут длительно не давать клинических проявлений. В большинстве случаев пороки нервной системы имеют нозологическую

самостоятельность и фигурируют в зависимости от продолжительности жизни ребенка либо в медицинском свидетельстве о смерти (*прим. XVII.01*), либо в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти (*прим. XVII.02–XVII.03*).

Врожденные аномалии (пороки развития) глаза, уха, лица и шеи [Q10–Q18], как правило, не осложняются летальными исходами и не фигурируют в свидетельствах о смерти. Следует отметить, что изолированные нарушения развития глаз встречаются редко и, наоборот, среди хромосомных синдромов врожденные пороки глаз встречаются очень часто. Изолированные пороки ушной раковины также встречаются сравнительно редко: 1–2 случая на 10000 рождений. Вместе с тем дисплазии ушной раковины широко распространены и часто сопутствуют как наследственным, так и экзогенно обусловленным аномалиям. Тяжелые нарушения строения ушной раковины обычно сочетаются с пороками внутреннего и среднего уха. Необходимо подчеркнуть, что из этого блока исключены расщелины губы и неба (заячья губа и волчья пасть) [Q35–Q37], которые иногда служат первоначальными причинами смерти, осложняясь аспирационной пневмонией. Также в данный блок кодов не входят врожденные аномалии шейного отдела спинного мозга, гортани, носа, паращитовидной и щитовидной желез.

Врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения [Q20–Q28] в качестве основных причин смерти в валовом секционном материале занимают одно из первых мест среди пороков развития. В современных условиях ранняя пренатальная диагностика пороков сердечно-сосудистой системы, не совместимых с жизнью, и прерывание беременности по медицинским

Пример XVII.01. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | |
|----|---|---|
| I | а) двусторонняя пневмония | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| | б) врожденная гидроцефалия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| | в) синдром Арнольда – Киари | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | г) – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| II | Прерывание беременности по медицинским показаниям | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XVII.02. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | |
|----|--------------------------------|---|
| а) | рахишизис грудного отдела | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| б) | гнойный менингомиелозэнцефалит | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) | хронический алкоголизм | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| г) | – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| д) | – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

Пример XVII.03. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | | |
|----|-------------------------|---|
| а) | врожденная гидроцефалия | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| б) | двусторонняя пневмония | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| в) | – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| г) | – | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |
| д) | ушивание шейки матки | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> |

показаниям несколько снизили этот показатель. Смерть ребенка может наступить как в перинатальном периоде (*прим. XVII.04*), так и в более поздние сроки (*прим. XVII.05*).

Следует заметить, что врожденный эндокардиальный фиброэластоз [I42.4], как и другие кардиомиопатии (за исключением врожденного субаортального стеноза – Q24.4), кодируется в классе IX «Болезни системы кровообращения». Такие пороки развития, как аневризмы прецеребральных и церебральных сосудов, в случае смерти от кровоизлияния в мозг рассматриваются как фоновые состояния нарушения мозгового кровообращения и записываются в разделе II медицинского свидетельства о смерти (см. МКБ-10: I60–I62, I67.1).

Врожденные аномалии (пороки развития) органов дыхания [Q30–Q34] имеют разный удельный вес среди первоначальных причин смерти. В ряде случаев непосредственная причина смерти здесь может иметь ятрогенный характер, но, учитывая тяжелый характер порока развития и проведение лечебных мероприятий по жизненным показаниям, именно порок рассматривается в качестве первоначальной причины смерти (*прим. XVII.06*). В других случаях непосредственной причиной смерти могут служить осложнения порока развития легких, связанные с ним патогенетически (*прим. XVII.07*).

Расщелина губы и неба (заячья губа и волчья пасть) [Q35–Q37] практически не фигурируют в свидетельствах о смерти, так как при соответствующем уходе за детьми и профилактике аспирационных осложнений не представляют угрозы для жизни.

Пример XVII.04. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|------------------|-----------|
| а) тетрада Фалло | Q 2 1 . 3 |
| б) отек легких | □ □ □ . □ |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVII.05. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|--|-----------|
| I а) хроническая недостаточность кровообращения | □ □ □ . □ |
| б) врожденный дефект межжелудочковой перегородки | Q 2 1 . 0 |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| II – | □ □ □ . □ |

Пример XVII.06. Ребенок, родившийся с гипоплазией гортани, умер от пневмонии, развившейся после реконструктивной операции. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| а) гипоплазия гортани | Q 3 1 . 2 |
| б) пневмония | □ □ □ . □ |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) операция гортаноластики (дата) | □ □ □ . □ |

Другие врожденные аномалии (пороки развития) органов пищеварения [Q38–Q45] – группа, объединяющая нозологии с различной степенью опасности для жизни. Известное значение здесь имеют своевременная диагностика и лечение ряда аномалий. Так, врожденный пилоростеноз [Q40.0] при несвоевременной диагностике и отсутствии адекватного медицинского пособия может вызвать тяжелые нарушения пищеварения и осмотического баланса у новорожденных. Как и в вышеприведенном примере с гипоплазией гортани, причиной смерти в этой группе могут стать ятрогенные осложнения оперативных вмешательств, проводимых по жизненным показаниям. Учитывая сложности коррекции ряда аномалий в перинатальном периоде, их следует рассматривать не как основные, а как непосредственные причины смерти (*прим. XVII.08*).

Врожденные аномалии (пороки развития) половых органов [Q50–Q56] редко служат предметом рассмотрения в качестве причин смерти. Некоторые из них (например, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище) могут давать клинические проявления только в период пубертата, другие чаще входят в сферу интересов реконструктивной хирургии. Синдромы, проявляющиеся пороками развития половых органов, но связанные с аномалиями числа и формы хромосом, рассматриваются в другой группе данного класса [Q90–Q99].

Врожденные аномалии (пороки развития) мочевой системы [Q60–Q64] – группа кодов, объединяющая пороки развития как почек, так и мочевыводящих

Пример XVII.07. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|------------------------------|-----------|
| а) врожденные бронхоэктазы | Q 3 3 . 4 |
| б) колибациллярная пневмония | □ □ □ . □ |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) – | □ □ □ . □ |

Пример XVII.08. У ребенка после рождения диагностирован врожденный трахеально-пищеводный свищ с атрезией пищевода. Смерть наступила от гнойного медиастинита, развившегося после реконструктивной операции. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- | | |
|---|-----------|
| а) атрезия пищевода с трахеально-пищеводным свищом | Q 3 9 . 1 |
| б) медиастинит | □ □ □ . □ |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| д) операция закрытия свища и пластики пищевода (дата) | □ □ □ . □ |

Пример XVII.09. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| I а) уремия | □ □ □ . □ |
| б) поликистоз почек, детский тип | Q 6 1 . 1 |
| в) – | □ □ □ . □ |
| г) – | □ □ □ . □ |
| II – | □ □ □ . □ |

путей. Среди последних такие тяжелые нозологии, как экстропфия мочевого пузыря, атрезия и стеноз уретры, чреватые развитием урогенного сепсиса и почечной недостаточности. Среди пороков развития почек имеются нозологии, которые длительное время не дают никаких клинических проявлений (односторонняя агенезия почки, подковообразная почка), а также болезни с тяжелым прогнозом для жизни. В качестве примера можно привести детский тип поликистоза почек, при котором продолжительность жизни без пересадки органа редко достигает 7 лет (*прим. XVII.09*).

Следует напомнить, что различные врожденные аномалии почек могут проявляться вторичной артериальной гипертензией. В случае смерти в данной ситуации от мозговых кровоизлияний в соответствии с положениями МКБ-10 именно кровоизлияние должно рассматриваться как основное (класс IX), а вторичная почечная артериальная гипертензия как фоновое заболевание.

Врожденные аномалии (пороки развития) и деформации костно-мышечной системы [Q65–Q79] редко фигурируют в качестве причин смерти, являясь преимущественно совместимыми с жизнью ортопедическими дефектами. Первоначальными причинами смерти из этой группы нозологий могут служить тяжелые остеохондродисплазии [Q77.–], осложненные диафрагмальные грыжи [Q79.0] и тяжелые врожденные аномалии брюшной стенки.

Другие врожденные аномалии (пороки развития) [Q80–Q89] – группа, объединяющая ряд тяжелых, иногда несовместимых с жизнью, врожденных состояний и множественных пороков развития, не классифицированных в других рубриках. Так, причиной смерти новорожденного может стать тяжелый ихтиоз [Q80.–] и буллезный эпидермолиз [Q81.–]. В случае диагностики множественных нехромосомных пороков развития, не укладывающихся в характеристики известных синдромов и послуживших первоначальной причиной смерти, также следует использовать формулировки и коды этой группы (*прим. XVII.10*).

Хромосомные аномалии, не классифицированные в других рубриках [Q90–Q99], включают синдромы Дауна, Эдвардса и Патау, а также ряд других хромосомных болезней. Следует подчеркнуть, что использование ряда кодов этой группы возможно только при наличии генетической экспертизы. Так,

Пример XVII.10. Ребенок у матери, страдавшей хроническим алкоголизмом, родился с атрезией пищевода, трахеально-пищеводным свищом, поликистозом почек и косолапостью. Смерть наступила от двухсторонней аспирационной пневмонии. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) множественные врожденные пороки развития
 б) аспирационная пневмония
 в) хронический алкоголизм
 г) –
 д) –

Q	8	9	.	7
			.	
P	0	4	.	3
			.	
			.	

синдром Патау с мозаицизмом обозначен кодом Q91.5, а синдром Патау с транслокацией – Q91.6. В случае диагностики этого синдрома на материале обычного клинического обследования или аутопсии необходимо использовать шифр Q91.7 – синдром Патау неуточненный (*прим. XVII.11*).

Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках [R00–R99]

Рубрики данного класса используются в статистике обращений за медицинской помощью в процессе диагностики заболеваний и травм и не являются предметом статистики смертности.

Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98]

Коды данного класса используются для двойного кодирования причин смерти при проведении специальных статистических исследований. При кодировании причин смерти в медицинских свидетельствах о смерти коды класса XIX могут использоваться совместно с кодами класса XX. Поэтому рассмотрение патологических процессов, кодируемых по рубрикам данного класса, в настоящем пособии проведено совместно.

При диагностике экзогенных интоксикаций и отравлений в патологоанатомической и судебно-медицинской практике следует руководствоваться существующими методическими рекомендациями и процессуальными основами экспертной деятельности¹.

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности [V01–Y98]

Данный класс в предыдущих версиях МКБ был дополнительным. В тех случаях, когда используется код из класса XX, подразумевается, что он должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывающему на характер состояния. *Запись, соответствующая классу XX, делается в строке «г» раздела I медицинского свидетельства о смерти или в строке «д» медицинского свидетельства о перинатальной смерти.*

Пример XVII.11. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти:

- а) синдром Патау
- б) –
- в) –
- г) –
- д) –

Q	9	1	.	7
			.	
			.	
			.	
			.	

¹ См. приложение 5.

Классы XIX и XX МКБ-10 преимущественно используются при выдаче врачебного свидетельства о смерти судебно-медицинскими экспертами¹ и реже – врачами-патологоанатомами. Поэтому в рамках данного методического пособия, ориентированного в основном на соматическую патологию, мы сочли возможным рассмотреть здесь лишь некоторые часто встречающиеся и типичные процессы, которые сегодня относятся к понятию «ятрогенения».

Согласно МКБ-10, *ятрогении* (от греч.: *iatros* – врач, *genes* – порождающий) – групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения.

Самостоятельные действия пациента (самолечение) и воздействия немедицинского характера не могут служить причиной ятрогении. Понятие ятрогении также не включает случаи, когда болезнь возникла или прогрессировала из-за неоказания медицинской помощи, недоступности обследования или лечения. В соответствии с МКБ-10 оперативные вмешательства рассматриваются как прямые последствия хирургической патологии, и послеоперационными считаются все осложнения (в т.ч. соматические), возникшие в течение 28 дней после вмешательства.

Наличие ятрогенной патологии необходимо доказать – клинически или морфологически. Без проведения патолого-анатомической (или судебно-медицинской) аутопсии факт существования ятрогенного процесса, сыгравшего важную роль в танатогенезе, не может считаться установленным. Для отдельных типичных ятрогенных осложнений, послуживших первоначальными причинами смерти, следует использовать коды, представленные в конце рубрик классов I–XVI. В классе XIX представлены коды, обозначающие сущность ятрогенных процессов [Т36–Т38]. Дополнительным кодом класса XX шифруется причина ятрогении (строка «г» раздела «I» медицинского свидетельства о смерти).

Категорически запрещается употреблять в клиническом и патолого-анатомическом диагнозах, а также в медицинском свидетельстве о смерти термины «ятрогенения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные. Данные термины могут быть использованы в эпикризе (как изложение личного мнения специалиста), в карте экспертной оценки летального исхода и в документах клинико-экспертных комиссий, а также в отчетных формах патолого-анатомических, судебно-медицинских и иных медицинских учреждений.

Место ятрогении в посмертном диагнозе и в свидетельстве о смерти определяется той ролью, которую она играла в танатогенезе. Далеко не всегда

¹ Построение судебно-медицинского диагноза, клинико-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений / Саркисян Б.А., Янковский В.Э., Зорькин А.И. и др.: метод. пособие для суд.-мед. экспертов. Барнаул, 2003. 122 с.

объективно и полно оценить эту роль и, соответственно, определить место ятрогении в диагнозе может один специалист – патологоанатом или судебно-медицинский эксперт¹. Поэтому можно рекомендовать в случае затруднений при формулировке посмертного заключения выдавать предварительное медицинское свидетельство о смерти, а после коллегиального клинико-анатомического анализа направлять в органы государственной статистики свидетельство «взамен предварительного»².

Таким образом, ятрогении могут фигурировать в посмертном (клиническом, патолого-анатомическом, судебно-медицинском) диагнозе и медицинских свидетельствах о смерти в любых рубриках. Общепризнанной классификации ятрогений до настоящего времени не существует. Для оценки места ятрогенной патологии в посмертном диагнозе и свидетельстве о смерти в повседневной практике можно пользоваться классификацией, предложенной В.В. Некачаловым (1998):

Ятрогении I категории – патологические процессы, реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнениями и не игравшие существенной роли в общей танатологической оценке случая;

Ятрогении II категории – патологические процессы, реакции и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненным правильно. Ятрогении II категории не находятся в прямой патогенетической связи с основным заболеванием или его осложнениями и не всегда могут быть четко отграничены от осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного;

Ятрогении III категории – патологические процессы, необычные смертельные реакции, в том числе обусловленные неадекватным, ошибочным или неправильным медицинским воздействием, явившиеся причиной летального исхода.

В конце некоторых классов МКБ-10, как указывалось выше, дан перечень рубрик, предназначенных для нарушений, возникших после медицинских процедур (например, эндокринные и метаболические расстройства после удаления органа или другие специфические состояния, такие как демпинг-синдром после операции на желудке). Ятрогении, возникающие во время беременности, родов и послеродового периода, кодируются в классе XV МКБ-10 (*прим. XV.05 и XV.08*). Постпроцедурные осложнения, не носящие специфического характера, включая внезапные осложнения (воздушная эмболия, послеоперационный шок и др.), включены в класс XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин».

¹ Согласно существующему законодательству, в случае смерти больного после медицинских процедур, манипуляций и оперативных вмешательств, вскрытие (патолого-анатомическое или судебно-медицинское) проводится во всех случаях.

² В Приморском крае: 690062 г. Владивосток, ул. Днепровская, 18, специализированный отдел ЗАГС администрации г. Владивостока.

В патолого-анатомическом диагнозе ятрогении I категории (по В.В. Некачалову) занимают место сопутствующего заболевания и в медицинском свидетельстве о смерти могут не фигурировать. В качестве примера такой ятрогении можно привести постинъекционный абсцесс при смерти от запущенного онкологического заболевания, массивного инфаркта миокарда, тяжелого расстройства мозгового кровообращения и др.

Ятрогении II категории (по В.В. Некачалову) в посмертном диагнозе, как правило, занимают место осложнения или второго заболевания в комбинированном диагнозе. При заполнении медицинского свидетельства о смерти они могут фигурировать в качестве промежуточного осложнения или непосредственной причины смерти или же указываются (при комбинированном диагнозе) в графе II свидетельства. В этом случае строка «г» раздела «I» свидетельства не заполняется (*прим. XX.01*)¹.

В патолого-анатомическом диагнозе ятрогении III категории (по В.В. Некачалову) должны выставляться на первое место и оцениваться как первоначальная причина смерти (основное заболевание). Заболевания, по поводу которых были предприняты медицинские воздействия, приводятся в этой же графе в виде одного из вариантов комбинированного диагноза. Подобная ятрогения рассматривается как первоначальная причина смерти при передозировке или неправильном назначении лекарственного средства, непрофессионально (с ошибками) выполненном диагностическом или лечебном

Пример XX.01. Женщина, страдавшая тяжелой системной красной волчанкой, лечилась кортикостероидами в терапевтических дозах, которые тем не менее провоцировали развитие стероидных язв желудка и желудочные кровотечения. Уменьшение дозы кортикостероидов вело к активизации волчаночного процесса, реально угрожавшего жизни пациентки. Смерть наступила от желудочного кровотечения. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|----|----|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| I | a) | желудочное кровотечение | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | b) | стероидные язвы желудка | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | v) | системная красная волчанка, леченная кортикостероидами | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | г) | - | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| II | - | | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

Пример XX.02. Больной, страдавший фиброзно-кавернозным туберкулезом в фазе прогрессирования, умер от анафилактического шока, развившегося на внутривенное введение тубазида. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | |
|----|----|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| I | a) | анафилактический шок на тубазид | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | b) | - | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | v) | - | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |
| | г) | неблагоприятная реакция на antimикобактериальный препарат | <input checked="" type="checkbox"/> | . | <input checked="" type="checkbox"/> |
| II | - | Фиброзно-кавернозный туберкулез легких | <input type="checkbox"/> | . | <input type="checkbox"/> |

¹ Подобные же примеры медицинских свидетельств о смерти приведены в предыдущих разделах пособия, посвященных классам I–XVII МКБ-10: прим. I.07, I.16, II.02, II.04, X.14, XIII.02, XVII.06, XVII.08.

мероприятии, смерти от анафилактического шока, смерти во время наркоза и анестезии, а также в результате профилактических и косметических мероприятий. Заболевание или травма, по поводу которых проводились медицинские манипуляции, как правило, отражаются в разделе «II» при указании причин смерти в медицинском свидетельстве о смерти или в строке «д» в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти (прим. XX.02–XX.04)¹.

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения [Z00–Z99]

Данный класс не используется для проведения сравнений на международном уровне или для первичного кодирования причин смерти. Рубрики Z00–Z99 предназначены для тех случаев, когда в качестве «диагноза» или «проблемы» указаны не болезнь, травма или внешняя причина, относящиеся к разделам A00–Y89, а иные обстоятельства.

Пример XX.03. У пациента с крупноочаговым кардиосклерозом и тяжелой сердечной недостаточностью при стенозирующем атеросклерозе коронарных артерий пункция яремной вены (с целью проведения инфузионной терапии) осложнилась воздушной эмболией, послужившей причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|--|---|---|---|---|---|
| I | a) | воздушная эмболия при пункции яремной вены | T | 8 | 0 | . | 0 |
| | b) | – | | | | . | |
| | в) | – | | | | . | |
| | г) | несчастный случай во время оказания медицинской помощи | Y | 6 | 5 | . | 8 |
| II | | Крупноочаговый кардиосклероз | | | | . | |

Пример XX.04. Больному с ишемическим инфарктом головного мозга при стенозирующем атеросклерозе мозговых артерий с целью длительной инфузионной терапии был установлен подключичный катетер. Возник массивный тромбоз подключичной вены с гнойным тромбофлебитом, осложнившимся септикопиемией, которая и послужила непосредственной причиной смерти. Медицинское свидетельство о смерти:

- | | | | | | | | |
|----|----|---|---|---|---|---|---|
| I | a) | септикопиемия | | | | . | |
| | b) | гнойный тромбофлебит при катетризации подключичной вены | T | 8 | 0 | . | 2 |
| | в) | – | | | | . | |
| | г) | недостаточная стерильность при инфузии или трансфузии | Y | 6 | 2 | . | 1 |
| II | | Ишемический инфаркт головного мозга | | | | . | |

¹ Подобные же примеры медицинских свидетельств о смерти приведены в предыдущих разделах пособия, посвященных классам I–XVII МКБ-10: прим. I.13, IV.01, XI.07, XII.02, XV.05, XV.08.

ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Тестовые задания для самоконтроля знаний

Выберите один правильный ответ

1. В каких случаях заполняется медицинское свидетельство о смерти (форма № 106/у-08)?

- а) в случае смерти мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток;*
- б) в случае смерти взрослых и детей старше 7 суток;*
- в) только в случае насильственной смерти взрослых и детей старше 7 суток.*

2. На всех мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 суток (168 часов), заполняется:

- а) медицинское свидетельство о перинатальной смерти;*
- б) медицинское свидетельство о смерти;*
- в) врачебное свидетельство о смерти.*

3. Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано всем, кроме:

- а) родственников умершего или законных представителей умершего;*
- б) представителей правоохранительных органов;*
- в) работников ЗАГС.*

4. Сроки выдачи медицинского свидетельства о смерти:

- а) не позднее одних суток после патолого-анатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);*
- б) не позднее трех суток после патолого-анатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось);*
- в) не позднее двух рабочих дней после патолого-анатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось).*

5. В случае выдачи свидетельства работникам администрации ЛПУ, сотрудникам правоохранительных органов регистрация его должна быть проведена в органах ЗАГС в следующие сроки:

- а) не позднее одних суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;*
- б) не позднее 3 суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа;*
- в) в течение недели с момента наступления смерти или обнаружения трупа.*

6. Первоначальная причина смерти – это все, кроме:

- а) основной причины смерти;*
- б) основного заболевания в посмертном диагнозе;*
- в) осложнений основного заболевания.*

7. В медицинском свидетельстве о смерти кодируется:

- а) все, что вписывается в строки пункта «Причины смерти» (пункты 10 и 19);*
- б) первоначальная причина смерти;*
- в) только нозологические единицы, имеющие шифр в МКБ.*

8. В свидетельстве о смерти, в случае травмы или отравления, кроме всего прочего кодируется:

- а) внешняя причина смерти;*
- б) осложнения, приведшие к летальному исходу;*
- в) фоновые заболевания.*

9. Первоначальная причина смерти – это:

- а) болезнь (нозологическая единица), вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти;*
- б) это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния и механизм смерти;*
- в) болезнь (нозологическая единица), которой длительное время страдал умерший.*

10. Все коды МКБ-10 могут быть использованы для шифровки первоначальной причины смерти:

- а) утверждение верно;*
- б) утверждение не верно.*

11. Непосредственная причина смерти – это:

- а) болезнь (нозологическая единица), вызвавшая последовательный ряд патологических процессов, приведших к смерти;*
- б) это патологический процесс, определивший развитие терминального состояния и механизм смерти;*
- в) болезнь (нозологическая единица), которой длительное время страдал умерший.*

12. Перечислите все механизмы смерти:

- а) сердечный, легочный, мозговой;*
- б) сердечный, легочный, почечный;*
- в) сосудистый, легочный, мозговой.*

13. Непосредственной причиной смерти чаще всего являются:

- а) фоновые заболевания;*
- б) травмы;*
- в) осложнения основного заболевания.*

14. Непосредственная причина смерти в медицинском свидетельстве о смерти:

- а) указывается;*
- б) не указывается;*
- в) указывается только в случае смерти в стационаре.*

15. Непосредственная причина смерти в медицинском свидетельстве о смерти кодируется по МКБ-10, так ли это?

- а) да, кодируется;*
- б) да, кодируется сотрудниками ЗАГС;*
- в) нет, не кодируется.*

16. Что обязательно предшествует выдаче медицинского свидетельства о смерти:

- а) патолого-анатомическое вскрытие;*
- б) судебно-медицинское вскрытие;*
- в) формулировка посмертного диагноза.*

17. Посмертный диагноз при выдаче свидетельства без проведения вскрытия – это:

- а) заключительный клинический диагноз в истории болезни (родов);*
- б) заключительный клинический диагноз в карте амбулаторного больного;*
- в) а и б.*

18. Кем формулируется примерный диагноз непосредственно после патолого-анатомического вскрытия:

- а) врачом-патологоанатомом;*
- б) судебно-медицинским экспертом;*
- в) лицом, выписывающим медицинское свидетельство о смерти.*

19. Кем формулируется примерный диагноз непосредственно после судебно-медицинского вскрытия:

- а) врачом-патологоанатомом;*
- б) судебно-медицинским экспертом;*
- в) лицом, выписывающим медицинское свидетельство о смерти.*

20. Предварительный посмертный диагноз чаще всего формулируется непосредственно после вскрытия:

- а) только в печатном виде;*
- б) в письменном виде;*
- в) устно.*

21. Предварительный посмертный диагноз служит основой для:

- а) формулировки медицинского свидетельства о смерти;*
- б) оформления патолого-анатомического эпикриза;*
- в) оформления истории болезни на патолого-анатомическое вскрытие.*

22. Диагноз, записанный в протоколе вскрытия, должен совпадать:

- а) с посмертным клиническим диагнозом;*
- б) с формулировкой в свидетельстве о смерти;*
- в) с заключительным клиническим диагнозом в карте амбулаторного больного.*

23. В случае несовпадения патолого-анатомического диагноза и формулировки причин смерти в свидетельстве необходимо:

- а) направить в органы государственной статистики второе свидетельство о смерти;*
- б) уведомить об изменении диагнозов родственников умершего;*
- в) уведомить об изменении диагнозов администрацию ЛПУ.*

24. Продолжите фразу: «После выдачи свидетельства о смерти изменения указанного в нем патолого-анатомического диагноза в протоколе вскрытия...»:

- а) недопустимы;*
- б) возможны;*
- в) обязательны.*

25. Врач, проводивший вскрытие, может внести изменения в окончательный диагноз:

- а) по просьбе родственников, при наличии на это объективных причин;*
- б) после проведения дополнительных методов исследования;*
- в) без проведения дополнительных методов исследования.*

26. Посмертный диагноз может быть:

- а) заключительным клиническим;*
- б) патолого-анатомическим, судебно-медицинским;*
- в) верно а и б;*
- г) верно только б.*

27. Выберите верное утверждение:

- а) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от статистических требований;*
- б) посмертный диагноз может отличаться по структуре в зависимости от принятых в данном регионе стандартов;*
- в) структура посмертного диагноза едина на территории РФ.*

28. Основные принципы построения посмертного диагноза – это:

- а) нозологический, этиологический, патогенетический;*
- б) этиологический, тактический, социально-исторический;*
- в) нозологический, динамический, деонтологический.*

29. Нозологический принцип выражается в выделении:

- а) самостоятельной болезни, имеющей унифицированное название и статистическое обозначение;*
- б) основного синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти больного;*
- в) хронологической и патогенетической последовательности, показывающей динамику развития болезни.*

30. Патогенетический принцип выражается в выделении:

- а) самостоятельной болезни, имеющей унифицированное название и статистическое обозначение;*
- б) основного синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти больного;*
- в) хронологической и патогенетической последовательности, показывающей динамику развития болезни.*

31. Выберите наиболее точное определение понятия «нозологическая единица»:

- а) самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название с учетом отечественных классификаций;*
- б) самостоятельная болезнь, имеющая статистическое обозначение в соответствии с требованиями МКБ-10;*
- в) самостоятельная болезнь, имеющая унифицированное название и статистическое обозначение.*

32. К унифицированным рубрикам диагноза относятся:

- а) «Основное заболевание», «Осложнение основного заболевания»;*
- б) «Сопутствующие заболевания»;*
- в) перечисленное в а и б.*

33. Продолжите фразу: основное заболевание (состояние) в посмертном диагнозе...

- а) может включать несколько нозологических единиц;*
- б) это только одна нозологическая форма (единица), которая привела к смерти больного;*
- в) отражает хронологическую последовательность, показывающую динамику развития болезни.*

34. Комбинированное основное заболевание может быть:

- а) только конкурирующим или сочетанным;*
- б) основным и фоновым;*
- в) конкурирующим, сочетанным, основным и фоновым.*

35. Основное заболевание может послужить причиной смерти больного:

- а) только само по себе;*
- б) как само по себе, так и через свои осложнения;*
- в) через свои осложнения.*

36. При мультикаузальном диагнозе (комбинированное основное заболевание, полипатия) в качестве первоначальной причины смерти регистрируется:

- а) нозологическая единица, стоящая в нем на первом месте;*
- б) как основное, так и фоновое заболевание;*
- в) осложнения основного заболевания.*

37. Может ли основное заболевание одновременно быть и непосредственной причиной смерти?

- а) да, в ряде случаев может;*
- б) нет, не может;*
- в) только при монокаузальном варианте диагноза.*

38. Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, едиными подходами к лечению и коррекции – это:

- а) синдромокомплекс;*
- б) группы болезней;*
- в) нозологическая форма (единица).*

39. Заболевания, превратившиеся в самостоятельные «вторые болезни», чаще всего являются:

- а) фоновыми заболеваниями;*
- б) отдаленными последствиями излеченных заболеваний;*
- в) сопутствующими заболеваниями.*

40. Как в диагнозе рекомендуется перечислять осложнения?

- а) в хронологической и патогенетической последовательности;*
- б) наиболее важное осложнение выносится первым;*
- в) на первое место необходимо выносить непосредственную причину смерти.*

41. Продолжите утверждение: осложнения основного заболевания – это...

- а) патологические процессы, которые связаны с основным заболеванием патогенетически, но не являются при этом его проявлениями;*
- б) патологические процессы, которые могут быть связаны как с основным заболеванием, так и с некоторыми фоновыми заболеваниями;*
- в) патологические процессы, являющиеся проявлениями основного заболевания.*

42. Может ли очаговая пневмония рассматриваться как осложнение, т.е. следствие тяжелых изнурительных болезней (инфекций, злокачественных новообразований, особенно гемобластозов, травм головного или спинного мозга, инсульта)?

- а) нет, не может;*
- б) да, может;*
- в) да, может только в исключительных случаях.*

43. Могут ли послеоперационные осложнения (пневмония, кровотечения, тромбоз, тромбозы, эмболии, инфаркты, аспирация, ателектазы, острая почечная недостаточность) рассматриваться как прямое следствие операции?

- а) да, могут, если есть патогенетическая связь между ними, и осложнения развились не позднее 4 недель после вмешательства;*
- б) нет, не могут;*
- в) да, могут только в исключительных, особо оговоренных случаях.*

44. При наличии послеоперационных осложнений что следует рассматривать как основную причину смерти?

- а) послеоперационное осложнение;*
- б) заболевание, послужившее поводом для оперативного вмешательства;*
- в) не верно ни а, ни б.*

45. В качестве сопутствующего заболевания в посмертном диагнозе могут выступать:

- а) все заболевания, имевшие отношение к наступлению смерти;*
- б) все заболевания больного, не игравшие роли в танатогенезе;*
- в) только одна нозологическая единица, этиологически или патогенетически связанная с основным заболеванием.*

46. В рубрику «сопутствующие заболевания» могут входить:

- а) только одно, наиболее важное заболевание;*
- б) несколько нозологических единиц, которые ни этиологически, ни патогенетически не связаны с основным заболеванием и не играли роли в танатогенезе;*
- в) несколько нозологических единиц, только при формулировании основного комбинированного заболевания (полипатии).*

47. При наличии осложнений у сопутствующих заболеваний они перечисляются:

- а) в рубрике «осложнения основного заболевания»;*
- б) в рубрике «сопутствующее заболевание»;*
- в) для них имеется собственная рубрика.*

48. Какая дополнительная рубрика используется в перинатологии и учитывается в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти?

- а) патология матери, беременности и родов (ПМБР);*
- б) осложнения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ);*
- в) осложнения сопутствующих заболеваний.*

49. После заполнения корешок бланка медицинского свидетельства о смерти:

- а) выдается родственникам или законным представителям умершего;*
- б) остается в медицинском учреждении, выдавшем свидетельство;*
- в) передается в органы ЗАГС для государственной регистрации.*

50. Если свидетельство выдается без вскрытия трупа, например, на основе записей в медицинской документации, то оно может быть:

- а) только окончательным;*
- б) предварительным;*
- в) любым из четырех вариантов: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного».*

51. После вскрытия врачи-патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты в случае неуверенности в точности формулировки диагноза могут выдать:

- а) только окончательное медицинское свидетельство о смерти;*
- б) предварительное медицинское свидетельство о смерти;*
- в) любое из четырех вариантов: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного».*

52. Продолжите фразу: «После оформления протокола вскрытия в случае принципиальных изменений диагностических формулировок...»:

- а) необходимо выписать второе свидетельство «взамен предварительного» (указав серию и номер «предварительного»);*
- б) необходимо устно (по телефону) или письменно уведомить органы ЗАГС;*
- в) необходимо устно (по телефону) или письменно уведомить родственников умершего об изменениях диагноза.*

53. В случае выдачи «окончательного» заключения, но при выявлении, после дополнительного исследования, принципиального изменения диагноза:

- а) медицинское свидетельство, выданное ранее, и зарегистрированное в органах ЗАГС, не изменяется;*
- б) выписывают новое медицинское свидетельство «взамен окончательного» (указав серию и номер первого «окончательного»);*
- в) выписывают новое медицинское свидетельство «взамен окончательного» (указав серию и номер первого «окончательного»), если прошло не более одного месяца с момента регистрации факта смерти.*

54. В какой срок медицинские свидетельства «взамен предварительного» и «взамен окончательного» следует направить в органы государственной статистики?

- а) в течение 7 суток (при инфекционных заболеваниях) или 45 дней (при прочих болезнях);*
- б) сроки не оговорены;*
- в) в течение 3 суток после внесения изменений в диагноз.*

55. Допускается ли внесение исправлений в бланк свидетельства о смерти?

- а) да, допускается, при обнаружении принципиальных ошибок;*
- б) нет, не допускается ни в коем случае;*
- в) да, допускается, не более одной, причем исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному верить», подписью специалиста, выдающего свидетельство, и печатью медицинской организации.*

56. Как следует поступать с неправильно (с ошибками, исправлениями) заполненными экземплярами свидетельств и корешками к ним?

- а) для уничтожения испорченных бланков создается комиссия из трех сотрудников медицинского учреждения, оформляется акт об утилизации, запись о котором заносится в соответствующий журнал;*
- б) бланк свидетельства и корешок перечеркивают крест-накрест, делают надпись «испорчено» и оставляют в сброшюрованной книжке бланков;*
- в) испорченные бланки брошюруются отдельно и раз в квартал передаются в органы ЗАГС.*

57. Как следует поступить в случае утери медицинского свидетельства о смерти лицом, его получившим?

- а) так как медицинское свидетельство о смерти является документом строгой отчетности, повторная его выдача невозможна;*
- б) на основании письменного заявления лица, утратившего первое свидетельство, необходимо выписать абсолютно новое свидетельство о смерти;*
- в) необходимо составить новое свидетельство с пометкой в правом верхнем углу «дубликат», только на основании письменного заявления лица, утратившего первое свидетельство.*

58. Перечислите документы, на основании которых заполняется медицинское свидетельство о смерти:

- а) паспорт умершего или документ, его заменяющий, свидетельство о рождении;*
- б) карта амбулаторного или стационарного больного;*
- в) все перечисленное в а и б.*

59. На основании чего заполняются пункты «образование» и «занятость»

- а) заполняются со слов родственников;*
- б) на основании предоставленных родственниками документов;*
- в) заполняются только при наличии данных в медицинской документации.*

60. К первоначальной и непосредственной причинам смерти относятся состояния, записанные:

- а) в строках «а», «б» и «в» раздела «I»;*
- б) в разделе «II»;*
- в) только строка «а» раздела «I».*

61. Когда и кем заполняется и кодируется дополнительно строка «г» – указания на обстоятельства внешних воздействий (травма, отравление и т.д.)?

- а) только при проведении вскрытия, чаще всего судебно-медицинским экспертом, реже врачом-патологоанатомом;*
- б) во всех случаях, врачом общей практики, участковым врачом или врачом, работающим в стационаре;*
- в) только заведующим отделения.*

62. Сколько нозологических единиц может быть внесено в раздел «II» («прочие важные состояния, способствовавшие смерти») свидетельства?

- а) не более двух состояний;*
- б) только одна, наиболее важная;*
- в) количество записываемых состояний не ограничено.*

63. Как излагается последовательность событий танатогенеза в строках «а–в» раздела «I»?

- а) в последовательности, прямо соответствующей посмертному диагнозу;*
- б) в последовательности, обратной посмертному диагнозу;*
- в) без соответствия посмертному диагнозу.*

64. Какие строки заполняются в случае совпадения первоначальной и непосредственной причин смерти?

- а) в разделе «I» заполняется только строка «а»;*
- б) в разделе «I» в строках «а» и «б» указывается одна и та же нозологическая единица;*
- в) в разделе «I» заполняется только строка «б».*

65. В каких случаях записи в разделе «I» медицинского свидетельства о смерти могут и должны быть сокращены до формулировок, имеющих в медицинской документации?

- а) когда свидетельство выдается участковым врачом или врачом общей практики на основании записей в медицинской документации, при отсутствии динамического наблюдения;*
- б) когда диагноз подтвержден морфологически;*
- в) когда свидетельство выдается после проведения вскрытия.*

66. Можно ли при заполнении свидетельства употреблять общепринятые сокращения и аббревиатуры?

- а) да, при необходимости, в целях экономии места;*
- б) нет, ни в коем случае;*
- в) да, только общепринятые в медицинской среде аббревиатуры.*

67. Какой язык используется при заполнении медицинского свидетельства о смерти?

- а) русский и при необходимости латинская терминология;*
- б) только русский;*
- в) тот, на котором заполнены документы умершего (паспорт).*

68. Сколько нозологических единиц можно вписать в строках «а», «б» и «в» раздела «I»?

- а) не более одного заболевания (патологического состояния);*
- б) не более двух заболеваний (патологических состояний);*
- в) столько, сколько необходимо для отражения динамики заболевания.*

69. Какое заболевание вписывается в раздел «I» при наличии у больного комбинированного заболевания?

- а) любое имевшееся у умершего заболевание;*
- б) заболевание, ведущее значение которого признано в танатогенезе, или то, которое теоретически имеет более высокую вероятность летального исхода;*
- в) заболевание с большим числом осложнений.*

70. Назовите сроки перинатального периода:

- а) период с момента родов до 7 полных суток жизни;*
- б) период с 22-й полной недели внутриутробной жизни плода до 7 полных дней после рождения;*
- в) период с 22-й полной недели внутриутробной жизни плода до 30 полных дней (месяца) после рождения.*

71. Укажите минимальный срок беременности, массу и рост родившихся плодов, подлежащих обязательной регистрации медицинскими учреждениями в медицинской документации

- а) 22 недели беременности, масса тела при рождении 500 г, длина тела 25 см;*
- б) 28 недель беременности, масса 1000 г, длина тела 35 см;*
- в) 39–40 недель беременности, масса 3000 г, длина тела 50 см.*

72. Продолжите фразу: «Медучреждениями осуществляется регистрация в медицинской документации родившихся с массой тела 500 г и более и длиной тела 25 см...»

- а) только живорожденных;*
- б) только живорожденных, проживших более 7 суток;*
- в) всех (живых и мертвых), независимо от наличия признаков жизни при рождении.*

73. В каких случаях медицинское свидетельство о рождении не заполняется?

- а) при рождении мертвого плода (массой 1000 г и более, длиной тела 35 см и более, при сроке беременности 28 недель и более);*
- б) при рождении мертвого плода (массой 500 г и более, длиной тела 25 см и более, при сроке беременности 22 недели и более);*
- в) при смерти плода в течение часа после рождения, вне зависимости от срока беременности, массы и длины тела.*

74. В каких случаях заполняется «Медицинское свидетельство о рождении» на плод, родившийся живым при сроке беременности 22 недели и более, массой тела при рождении 500 г и более, длиной тела 25 см и более обязательно?

- а) во всех случаях вне зависимости от продолжительности внеутробной жизни;*
- б) в случаях, если такой плод прожил полные 7 суток после рождения;*
- в) в случаях, если такой плод прожил более 24 часов после рождения.*

75. На основании каких документов осуществляется регистрация рождения мертвого плода (массой 1000 г и более, длиной тела 35 см и более, при сроке беременности 28 недель и более)

- а) на основании выписки из истории родов;*
- б) на основании медицинского свидетельства о рождении;*
- в) на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти.*

76. В каких случаях осуществляется обязательная регистрация в органах ЗАГС смерти новорожденных, родившихся при сроке беременности 22 недели и более, массой тела при рождении от 500 г до 999 г?

- а) во всех случаях наступления смерти, вне зависимости от продолжительности внеутробной жизни;*
- б) в случаях, если смерть наступила позже полных 7 суток после рождения;*
- в) в случаях, если смерть наступила в течение первой недели жизни плода (до 7 суток).*

77. Какие документы используются для заполнения паспортной части медицинского свидетельства о перинатальной смерти (пункты 1–10 корешка и 1–4, 12–19 свидетельства)?

- а) свидетельство о рождении, история родов, карта стационарного больного;*
- б) только свидетельство о рождении;*
- в) только паспорт матери.*

78. В медицинском свидетельстве о перинатальной смерти желательно указать:

- а) только причины смерти ребенка (плода);*
- б) как причины смерти ребенка (плода), так и патологию со стороны матери, оказавшую неблагоприятное воздействие на плод;*
- в) только патологию со стороны матери, оказавшую неблагоприятное воздействие на плод.*

79. Какие пункты чаще всего кодируются в медицинском свидетельстве о перинатальной смерти для записи причин смерти ребенка (мертворожденного) практическими врачами?

- а) строка «а» – основное заболевание (состояние) плода или новорожденного и строка «в» – основное состояние матери, оказавшее влияние на плод или новорожденного;*
- б) строка «б» – другие заболевания или патологические состояния ребенка (плода и строка «г» – другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод);*
- в) строка «а» – основное заболевание (состояние) плода или новорожденного и строка «д» – другие обстоятельства, имеющие отношение к смерти.*

80. Коды каких классов МКБ предпочтительны для характеристики состояния ребенка?

- а) коды класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде»;*
- б) коды класса XV «Беременность, роды и послеродовый период»;*
- в) коды любых классов, в зависимости от причины смерти.*

81. Коды, каких классов МКБ предпочтительны для характеристики патологии беременности и родов?

- а) коды класса XVI «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде»;*
- б) коды класса XV «Беременность, роды и послеродовый период»;*
- в) коды любых классов, в зависимости от причины смерти.*

82. Можно ли использовать при заполнении строки «а» медицинского свидетельства о перинатальной смерти такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, т.е. характеризующие механизмы смерти?

- а) нет, ни в коем случае;*
- б) да, можно, если они были единственными известными состояниями плода или новорожденного;*
- в) да, можно, если проводилось вскрытие плода или новорожденного.*

83. В какие строки медицинского свидетельства о перинатальной смерти рекомендуется заносить такое состояние, как «недоношенность»?

- а) в строки «а» и «д»;*
- б) в строки «в» и «г»;*
- в) в строки «а» и «б».*

84. Для констатации каких состояний предусмотрена строка «д»?

- а) для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на танатогенез, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние;*
- б) для констатации непосредственной причины смерти новорожденного;*
- в) для констатации основных соматических заболеваний матери, оказавших влияние на танатогенез.*

85. Приведите примеры состояний, наиболее часто указывающихся в строке «д»:

- а) сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия;*
- б) недоношенность, переношенность;*
- в) операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.*

86. Какие рубрики должны использоваться для кодирования состояний матери, оказывающих влияние на новорожденного или плод?

- а) рубрики P00–P04;*
- б) рубрики P05–P96;*
- в) рубрики Q00–Q99.*

87. Какие рубрики не должны использоваться для кодирования состояния плода или новорожденного?

- а) рубрики P05–P96;*
- б) рубрики P00–P04;*
- в) рубрики Q00–Q99.*

88. Какие рубрики чаще всего используются практическими врачами для кодирования состояния плода или новорожденного?

- а) любые имеющиеся в МКБ рубрики;*
- б) рубрики A00–A99 и C00–C99;*
- в) рубрики Q00–Q99 и P05–P96.*

89. Какие рубрики используют при кодировании установленной нозологической единицы?

- а) все рубрики, имеющиеся в МКБ;*
- б) рубрики первых девятнадцати классов;*
- в) рубрики классов I, IV, XV–XIX.*

90. Рубрики какого класса используют в качестве дополнительного кода при установлении внешних причин травм и отравлений?

- а) при необходимости могут быть использованы все рубрики;*
- б) только рубрики XX класса;*
- в) рубрики классов I, IV, XV–XIX.*

Эталоны ответов на тестовые задания

1.б	2.а	3.в	4.а	5.б	6.в	7.б	8.а	9.а	10.б	11.б	12.а	13.в	14.а	15.в	16.в	17.в	18.а
19.б	20.в	21.а	22.б	23.а	24.б	25.б	26.в	27.в	28.а	29.а	30.в	31.в	32.в	33.а	34.в	35.б	36.а
37.а	38.в	39.б	40.а	41.а	42.б	43.а	44.б	45.б	46.б	47.б	48.а	49.б	50.а	51.б	52.а	53.б	54.а
55.в	56.б	57.в	58.в	59.а	60.а	61.а	62.в	63.б	64.а	65.а	66.б	67.б	68.а	69.б	70.б	71.а	72.в
73.а	74.б	75.в	76.б	77.а	78.б	79.а	80.а	81.б	82.б	83.в	84.а	85.в	86.а	87.б	88.в	89.б	90.б

Ситуационные задачи

Выделите первоначальную, промежуточную и непосредственную причины смерти. Оцените время развития заболеваний и патологических процессов. Подберите код по МКБ-10. Заполните пункт 19 медицинского свидетельства о смерти по образцу:

I а)							.	
б)							.	
в)							.	
г)							.	
II							.	

Задача 1. Тяжелый энтерит через 5 дней от начала заболевания осложнился некрозом мезентериальных лимфоузлов и разлитым фибринозно-гнойным перитонитом, обусловившим наступление смерти на 14-й день заболевания. Из кишечного содержимого в клинике была выделена *Yersinia enterocolitica*.

Задача 2. У хронического алкоголика, стоявшего на учете в психоневрологическом диспансере и умершего на дому, на вскрытии обнаружены инфильтративный туберкулез 1-го сегмента левого легкого, двухсторонняя сливная крупноочаговая пневмония, хронический обструктивный бронхит с диффузным перибронхиальным пневмосклерозом и тяжелая миокардиодистрофия хронического легочного сердца с признаками острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Задача 3. Пациент без определенного места жительства, самостоятельно обратившийся в приемный покой больницы, через час умер от массивного легочного кровотечения. На вскрытии найдены хронические туберкулезные каверны верхушек обоих легких, кровь и свертки крови в просвете каверн, в бронхах, трахее и пищеводе. Данные о наличии прижизненного диагноза «туберкулез» отсутствовали.

Задача 4. У больного, страдавшего калькулезным пиелонефритом и инсулинзависимым сахарным диабетом (11 лет на учете), смерть наступила на пятый день после обострения пиелонефрита, осложнившегося колибациллярной септикопиемией.

Задача 5. На третий день после укуса клеща у пациента развилась клиника энцефалита, еще через пять дней – мозговая кома. Смерть на девятый день после укуса от прогрессирующего отека головного мозга.

Задача 6. Опиоидный наркоман, страдавший ВИЧ-инфекцией в стадии IVB и вирусным гепатитом В+С, умер на 6-й год после постановки на учет в центре по борьбе со СПИДом от печеночно-почечной недостаточности на 2-й неделе последней госпитализации. На вскрытии найден мелкоузловой цирроз печени.

Задача 7. Больной, находившийся в течение 2 лет под наблюдением участкового терапевта с диагнозом «массивный рак легкого, состояние после лучевой терапии», умер на дому. По просьбе родственников вскрытие не проводилось.

Задача 8. Больная раком шейки матки $T_4N_1M_0$ умерла через год после установления диагноза. После нескольких курсов лучевой терапии за месяц до смерти возник некроз опухоли и флегмона параметральной клетчатки, осложнившаяся за две недели до смерти септикопиемией.

Задача 9. Больная, обратившаяся к врачу по поводу головных болей и неврологических расстройств, была госпитализирована в нейрохирургическую клинику, где у нее диагностировали массивную астроцитому правого полушария головного мозга. Ввиду невозможности оперативного лечения проводилась консервативная терапия. Во время нахождения в стационаре развилась двухсторонняя гипостатическая пневмония, через неделю обусловившая наступление смерти.

Задача 10. Больной, в течение 12 лет страдавший рассеянным склерозом, умер от обострения хронического необструктивного пиелонефрита, осложнившегося за две недели до смерти септикопиемией.

Задача 11. У пожилого пациента с сахарным диабетом 2-го типа (анамнез – 10 лет) после перенесенного на дому простудного заболевания развился острый гнойный средний отит, через неделю осложнившийся перфорацией барабанной полости и распространением процесса на среднюю мозговую ямку. Смерть через 3 дня от гнойного лептоменингита. Бактериологическое исследование не проведено.

Задача 12. Больной 50 лет умер от отека легких через 3 часа после его начала при клинике инфаркта миокарда на 2-й день от дебюта кардиального болевого синдрома. На вскрытии, кроме инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка, обнаружены атеросклероз коронарных артерий со стенозом до 30% их просвета и мезотелиома перикарда, сдавливающая коронарные артерии.

Задача 13. Во время эпидемии сезонного гриппа пожилой больной умер через 3 дня от начала «простуды». На вскрытии обнаружены геморрагический трахеобронхит, мелкоочаговая пневмония и геморрагический менингоэнцефалит с отеком головного мозга. В мазках-отпечатках с поверхности легких в бронхиальном эпителии найдены вирусные включения.

Задача 14. У пациента 70 лет, поступившего в стационар с клиникой острой толстокишечной непроходимости, во время экстренной операции обнаружен запущенный рак сигмовидной кишки ($T_4N_2M_0$). Выполнена колостомия, в послеоперационном периоде больной находился на искусственной вентиляции легких. Смерть на 5-й день после операции от двухсторонней крупноочаговой сливной пневмонии.

Задача 15. Шахтер, длительное время страдавший силикоантракозом и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, умер от хронической недостаточности кровообращения вследствие декомпенсации хронического легочного сердца.

Задача 16. У пациента 65 лет, перенесшего аппендэктомию и страдавшего ишемической болезнью сердца (постинфарктный кардиосклероз), через два года после хирургического вмешательства развилась клиника острой толстокишечной непроходимости. Проведена экстренная операция, обнаружены многочисленные сращения между петлями кишечника и заворот толстой кишки с гангреной. Осуществлена резекция кишки с наложением толсто-толстокишечного анастомоза. Смерть на 4-й день послеоперационного периода от прогрессирующей сердечной недостаточности.

Задача 17. Пациент, длительное время страдавший хроническим панкреатитом, умер во время обострения заболевания на 2-й день от панкреатогенного шока. На вскрытии обнаружен субтотальный ишемический панкреанекроз и ферментативный серозный панкреатит.

Задача 18. Пациент, длительное время страдавший хроническим пиелонефритом, умер от уремии. На вскрытии обнаружено двухстороннее пиелонефритическое сморщивание почек.

Задача 19. У больной, в течение 10 лет страдавшей мочекаменной болезнью с артериальной гипертензией и хроническим пиелонефритом, развилось пиелонефритическое сморщивание почек. Хроническая почечная недостаточность через 3 года завершилась уремией, обусловившей через 2 недели наступление смерти.

Задача 20. Женщина 38 лет, страдавшая сердечной формой гипертонической болезни в стадии компенсации, умерла на 16-й неделе беременности от острой сердечно-сосудистой недостаточности через час после начала приступа сердечной аритмии.

Выделите основное и другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка, основное заболевание и другие патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка, а также другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти. Подберите код по МКБ-10. Заполните пункт 12 медицинского свидетельства о перинатальной смерти по образцу:

- а) _____

--	--	--

 .
- б) _____

--	--	--

 .
- в) _____

--	--	--

 .
- г) _____

--	--	--

 .
- д) _____

--	--	--

 .

Задача 21. У возрастной первородящей с ожирением II степени и преэклампсией произошла отслойка нормально расположенной плаценты. Родился доношенный мальчик в тяжелой гипоксии, через 4 часа наступила смерть. На вскрытии обнаружена массивная аспирация мекония, кровоизлияние в надпочечники.

Задача 22. При срочных оперативных родах извлечен мертвый плод с тугим двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. Беременность протекала на фоне хронического пиелонефрита, последнее обострение в сроке 37–38 недель. На вскрытие обнаружены проявления тяжелой внутриутробной гипоксии.

Задача 23. Беременность 2-я, протекала на фоне гипертонической болезни и хронической плацентарной недостаточности. Роды 1-е, срочные, преждевременный разрыв плодных оболочек, родовое излитие околоплодных вод, длительность безводного периода 16 часов. Ребенок родился с задержкой внутриутробного развития и массой тела 2300,0, умер на 4-е сутки жизни от двусторонней пневмонии.

Задача 24. У матери, страдавшей сахарным диабетом 1-го типа, беременность протекала с угрозой прерывания в первой половине и тяжелым ОПГ-гестозом во второй половине. Во время преждевременных родов (беременность 33–34 недели) от интранатальной асфиксии погиб ребенок с признаками недоношенности и диабетической фетопатии.

Задача 25. Роды срочные, протекавшие с вторичной родовой слабостью, ручным выделением последа. В течение беременности обострение хронического пиелонефрита в 14, 22, 30 недель. Ребенок с массой тела 2400 г родился с оценкой по шкале Апгар 4 балла, тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью, умер на 2-е сутки жизни. При вскрытии выявлены признаки асфиксии, незрелости, гистологически – гиалиновые мембраны в легких, морфологическая незрелость органов.

Задача 26. У матери 28 лет беременность протекала на фоне хронического пиелонефрита, уреоплазмоза, женщина в течение беременности не наблюдалась, не лечилась. Роды домашние, в сроке 33–34 недели, дородовое излитие околоплодных вод, длительность безводного периода 20 часов. Ребенок госпитализирован, клинически диагностирована генерализованная внутриутробная инфекция (сепсис): двусторонняя пневмония, кардит, гепатит. Умер на 7-е сутки жизни.

Задача 27. Беременность 38–39 недель, преэклампсия. Роды срочные, путем операции кесарева сечения. Извлечен доношенный мальчик с массой тела 3200 г. С рождения признаки неврологической и дыхательной недостаточности, прожил 16 часов. На вскрытии найдено двустороннее внутрижелудочковое кровоизлияние в головном мозге и болезнь гиалиновых мембран.

Задача 28. У женщины с осложненным акушерским анамнезом (2 самопроизвольных и 2 искусственных аборта), резус-отрицательной кровью, высоким титром антител, тяжелым гестозом второй половины беременности (артериальное давление 160/100 мм рт.ст.), в сроке 36 недель родился мертвый, отечный плод.

Задача 29. Беременность желанная, роды срочные, 4-е, домашние, женщина на диспансерном учете не состояла, ребенок осмотрен дома акушеркой в первые сутки, умер в возрасте трех дней. У матери резус-фактор отрицательный, старшие трое детей в настоящее время живы. На вскрытии выявлены признаки гемолитической болезни новорожденного: обнаружена гепатоспленомегалия, желтуха, в том числе и желтое прокрашивание подкорковых ядер головного мозга (билирубиновая энцефалопатия).

Задача 30. У матери, страдавшей инсулинзависимым сахарным диабетом, родился доношенный мальчик с массой тела 4700,0. Клинически был выявлен порок сердца: тетрада Фалло, гипогликемия, ребенок умер на 5-е сутки жизни.

Задача 31. Беременность 35 недель, протекавшая на фоне сахарного диабета, впервые выявленного во время беременности. Роды путем операции кесарево сечение. Родился ребенок с массой тела 1600 г с признаками гипоксии, задержки внутриутробного развития, гипопластический вариант, умер на 2-е сутки жизни. На вскрытии выявлены: ателектазы, отечно-геморрагический синдром, признаки диабетической фетопатии.

Задача 32. У женщины в сроке беременности 28–29 недель при проведении планового ультразвукового исследования были выявлены врожденные пороки развития плода: двусторонняя гидроцефалия, кистозное расширение четвертого желудочка мозга, гипоплазия червя мозжечка (синдром Денди – Уокера). После проведения пренатального консилиума предложено прерывание беременности.

Задача 33. Доношенный ребенок от матери, употребляющей наркотики (героин), родился с менингомиелоцеле в пояснично-крестцовом отделе, двусторонней гидроцефалией, умер в возрасте 6 дней. На вскрытии обнаружено отсутствие дужек позвонков пояснично-крестцового отдела, менингомиелоцеле и восходящий менингомиелоэнцефалит.

Задача 34. У доношенного ребенка после рождения диагностирована атрезия пищевода, была проведена реконструктивная операция, пластика пищевода. Течение заболевания осложнилось развитием аспирационной пневмонии. Ребенок умер в возрасте 5 суток.

Задача 35. У матери, страдавшей хроническим алкоголизмом, от нежеланной беременности родился ребенок с дефектом межжелудочковой перегородки, дисплазией почек, атрезией ануса и полидактилией. Смерть наступила на 5-е сутки от двухсторонней пневмонии.

Задача 36. При проведении пренатальной диагностики в первом триместре беременности был выявлен высокий риск развития врожденных пороков у плода, был рекомендован кордоцентез. Выявлен синдром Патау, по результатам кариотипирования: 47, XX+13, рекомендовано прерывание беременности. По показаниям со стороны матери, страдавшей тяжелым ревматическим пороком сердца (митральный стеноз), было проведено малое кесарево сечение в сроке 29–30 недель.

Задача 37. У матери, страдавшей фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, родился мертвый ребенок с врожденным пороком развития центральной нервной системы – анэнцефалией. Беременность протекала с хронической фетоплацентарной недостаточностью, в плаценте обнаружены множественные инфаркты.

Эталоны ответов на ситуационные задачи

Задача 1

I а) перитонит	9 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) некроз мезентериальных лимфоузлов	9 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) кишечный иерсиниоз	14 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 2

I а) миокардиодистрофия	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) очаговая пневмония	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) хронический обструктивный бронхит, обострение	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II Хронический алкоголизм. Инфильтративный туберкулез легких		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 3

I а) легочное кровотечение	1 час	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) фиброзно-кавернозный туберкулез легких	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 4

I а) септикопиемия	5 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) калькулезный пиелонефрит	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II Сахарный диабет 1-го типа	11 лет	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 5

I а) отек мозга	4 дня	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) клещевой энцефалит	6 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 6

I а) печеночно-почечная недостаточность	2 недели	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) цирроз печени в исходе вирусного гепатита	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) ВИЧ-инфекция с вирусным гепатитом В+С	6 лет	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> . <input type="text"/> 3 <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II Опиоидная наркомания	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 7

I а) массивный рак легкого	2 года	<input type="text"/> C <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> . <input type="text"/> 8 <input type="text"/>
б) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II Состояние после лучевой терапии	2 года	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 8

I а) септикопиемия	2 недели	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) параметральная флегмона	1 месяц	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) рак шейки матки	1 год	<input type="text"/> C <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> . <input type="text"/> 8 <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II Состояние после лучевой терапии	менее 1 года	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 9

I а) гипостатическая пневмония	1 неделя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) астроцитомы головного мозга	неизвестно	<input type="text"/> D <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> . <input type="text"/> 0 <input type="text"/>
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 10

I а) септикопиемия	2 недели	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) хронический пиелонефрит, обострение	менее 12 лет	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) рассеянный склероз	12 лет	<input type="text"/> G <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> . <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 11

I а) гнойный лептоменингит	менее 3 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) перфорация барабанной полости	3 дня	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) острый гнойный средний отит	10 дней	<input type="text"/> H <input type="text"/> 6 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> . <input type="text"/> 0 <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II Сахарный диабет 2-го типа	10 лет	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 12

I а) отек легких	3 часа	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка	2 дня	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) мезотелиома перикарда	неизвестно	<input type="text"/> C <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> . <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 13

I а) отек мозга	менее 3 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) грипп с менингоэнцефалитом	3 дня	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 8
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 14

I а) очаговая пневмония	менее 5 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) кишечная непроходимость	5 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) рак сигмовидной кишки	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 7
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II Операция колостомии (дата). Искусственная вентиляция легких		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 15

I а) хроническая недостаточность кровообращения	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) легочное сердце	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) силикоантракоз, связанный с туберкулезом	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 5
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 16

I а) острая недостаточность кровообращения	менее 4 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) заворот толстой кишки с гангреной	4 дня	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) спаечная болезнь после аппендэктомии	2 года	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 5
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II Постинфарктный кардиосклероз. Операция резекции толстой кишки		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 17

I а) панкреатогенный шок	менее 2 дней	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) ишемический панкреонекроз	2 дня	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 5
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 18

I а) уремия	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) вторично сморщенные почки	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) хронический пиелонефрит	неизвестно	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 0
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 19

I а) уремия	2 недели	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
б) вторичный нефроцирроз	3 года	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
в) мочекаменная болезнь с пиелонефритом	10 лет	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> 9
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>
II –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="checkbox"/>

Задача 20

I а) острая недостаточность кровообращения	1 час	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
б) гипертоническая болезнь с поражением сердца	неизвестно	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 0 . <input type="text"/> 0
в) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
г) –		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
II Беременность	16 недель	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 21

а) аспирация мекония	<input type="text"/> P <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 4 . <input type="text"/> 0
б) кровоизлияние в надпочечники	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) отслойка нормально расположенной плаценты	<input type="text"/> P <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 . <input type="text"/> 1
г) преэклампсия	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
д) –	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 22

а) внутриутробная асфиксия плода	<input type="text"/> P <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 . <input type="text"/> 0
б) –	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) шейное обвитие пуповиной	<input type="text"/> P <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 . <input type="text"/> 5
г) хронический пиелонефрит	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
д) операция кесарева сечения (дата)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 23

а) врожденная пневмония	<input type="text"/> P <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 . <input type="text"/> 9
б) маловесный для гестационного возраста плод	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) преждевременный разрыв плодных оболочек	<input type="text"/> P <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 . <input type="text"/> 1
г) гипертоническая болезнь	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
д) –	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 24

а) интранатальная гипоксия плода	<input type="text"/> P <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 . <input type="text"/> 1
б) недоношенность, диабетическая фетопатия	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) гестоз второй половины беременности	<input type="text"/> P <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 . <input type="text"/> 0
г) сахарный диабет 1-го типа, преждевременные роды	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
д) –	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 25

а) болезнь гиалиновых мембран	<input type="text"/> P <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 2 . <input type="text"/> 0
б) незрелость: маловесный для срока плод	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) вторичная родовая слабость	<input type="text"/> P <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 3 . <input type="text"/> 6
г) хронический пиелонефрит	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
д) –	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 26

а) сепсис новорожденного	<input type="text"/> P <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 6 . <input type="text"/> 9
б) недоношенность	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
в) преждевременное излитие околоплодных вод	<input type="text"/> P <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1 . <input type="text"/> 1
г) хронический пиелонефрит, преждевременные роды	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
д) –	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

Задача 27

- а) внутрижелудочковое кровоизлияние в головной мозг

P	5	2

 .

1

- б) болезнь гиалиновых мембран

 .

--
- в) преэклампсия

P	0	0

 .

0

- г) –

 .

--
- д) кесарево сечение (дата)

 .

--

Задача 28

- а) гемолитическая болезнь новорожденного при резус-изоиммунизации

P	5	5

 .

0

- б) водянка плода

 .

--
- в) тяжелый гестоз 2-й половины беременности

P	0	0

 .

0

- г) преждевременные роды

 .

--
- д) частые аборты

 .

--

Задача 29

- а) гемолитическая болезнь новорожденного

P	5	5

 .

0

- б) ядерная желтуха, обусловленная изоиммунизацией

 .

--
- в) –

 .

--
- г) –

 .

--
- д) –

 .

--

Задача 30

- а) тетрада Фалло

Q	2	1

 .

3

- б) чрезмерно крупный ребенок

 .

--
- в) инсулинзависимый сахарный диабет

P	7	0

 .

1

- г) –

 .

--
- д) –

 .

--

Задача 31

- а) отечно-геморрагический синдром

P	2	2

 .

8

- б) диабетическая фетопатия

 .

--
- в) гестационный сахарный диабет

P	7	0

 .

1

- г) преждевременные роды

 .

--
- д) кесарево сечение (дата)

 .

--

Задача 32

- а) синдром Денди – Уокера

Q	0	3

 .

1

- б) врожденная гидроцефалия

 .

--
- в) –

 .

--
- г) –

 .

--
- д) прерывание беременности по медпоказаниям в сроке 28–29 нед.

 .

--

Задача 33

- а) кистозная расщелина поясничного отдела позвоночника

Q	0	5

 .

2

- б) гнойный менингомиеломенингит

 .

--
- в) употребление матерью наркотических средств

P	0	4

 .

4

- г) –

 .

--
- д) –

 .

--

Задача 34

- а) атрезия пищевода без свища
б) двусторонняя пневмония
в) –
г) –
д) операция пластики пищевода (дата)

Q	3	9	.	0
			.	
			.	
			.	
			.	

Задача 35

- а) множественные врожденные пороки развития
б) двусторонняя пневмония
в) употребление матерью алкоголя
г) –
д) –

Q	8	9	.	7
			.	
P	0	4	.	3
			.	
			.	

Задача 36

- а) синдром Патау
б) недоношенность
в) ревматический митральный стеноз
г) преждевременные роды
д) малое кесарево сечение (дата) в сроке беременности 29–30 недель

Q	9	1	.	4
			.	
P	0	0	.	3
			.	
			.	

Задача 37

- а) анэнцефалия
б) –
в) фиброзно-кавернозный туберкулез легких
г) множественные инфаркты в плаценте
д) –

Q	0	0	.	0
			.	
P	0	0	.	2
			.	
			.	

Приложение 1

Рекомендации о порядке выдачи и заполнения учетной формы № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти», утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. № 782н

I. Общие положения

1. В соответствии со ст. 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340; 2001, № 44, ст. 4149; 2002, № 18, ст. 1724; 2003, № 17, ст. 1553, № 28, ст. 2889, № 50, ст. 4855; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1, ст. 25; 2006, № 1, ст. 10, № 31, ст. 3420), далее – Федеральный закон, случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» (далее – Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее – органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

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

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

4. Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти.

В случае если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства.

В случае если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о смерти

5. Медицинское свидетельство выдается членам семьи, а при их отсутствии близким родственникам умершего(ей) или законному представителю умершего(ей), а также правоохранительным органам по их требованию, после подписи получателя на корешке Медицинского свидетельства. Корешок остается в медицинской организации или у частнопрактикующего врача.

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

Когда захоронение умершего(ей) производится медицинской организацией, последняя обязательно заполняет Медицинское свидетельство, представляет его в трехдневный срок в орган ЗАГС для государственной регистрации.

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

7. Медицинское свидетельство выдается с пометкой «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного».

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

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

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного».

В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство «взамен окончательного».

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

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

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

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

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

10. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства.

Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. № 677 «Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 46, ст. 4472; 2005, № 33, ст. 3423; 2006, № 48, ст. 5084).

В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр – для автономных округов.

Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации.

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

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

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

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

14. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации.

На уровне субъекта Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики.

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

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского свидетельства:

- а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации, и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства;
- б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т.д.

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

III. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о смерти

16. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

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

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

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

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

В случае заполнения Медицинского свидетельства частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках.

Далее указывается серия и номер Медицинского свидетельства, дата его выдачи в формате «число, месяц, год» (например, 05.08.2008) и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного» – в соответствии с пунктом 3 настоящей инструкции.

20. При заполнении Медицинского свидетельства:

в пунктах 1–3, 5, 6, 12 делается запись в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего(ей);

в пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность; у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет – на основании свидетельства о рождении. Если нет сведений, делается запись «неизвестно»;

в пункте 2 указывается пол – мужской или женский; в пункте 3 указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв «XX» вместо неизвестных сведений (например, «XX.XX.1985»);

в пункт 4 из первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего(ей) (число, месяц, год, например, 05.12.2007) и время, а если неизвестно, ставится прочерк;

в пункт 5 «Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной

в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно»;

в пункте 6 указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

в пункте 7 указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей);

в пункте 8 указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности;

в пункте 9 отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте;

в пункте 10 указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок – доношенным (при сроке беременности 37–41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более);

в пункте 11 записываются сведения о детях в возрасте от 168 часов до 1 года:

масса тела при рождении в граммах (например, 1050);

каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных);

дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет).

Все сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из соответствующей первичной медицинской учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение умершего ребенка;

в пункте 12 «Семейное положение» делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно»;

Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина. Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

- 1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- 2) разрешение на временное проживание;
- 3) вид на жительство;
- 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у умершего(ей) отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 1–3, 5, 6, 12 Медицинского свидетельства и пункты 1–3, 5 корешка Медицинского свидетельства со слов родственников, о чем должна быть сделана отметка «со слов родственников» в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации или подписью частнопрактикующего врача и его печатью;

пункт 13 «Образование» заполняется со слов родственников:

в позиции «профессиональное»: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение – институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» – закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» – окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; «начальное» – окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.);

в позиции «общее»: «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» – окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10–11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» – окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4–9 классов образовательного учреждения;

пункт 14¹ «Занятость» заполняется со слов родственников:

в позиции «был(а) занят(а) в экономике»:

к «руководителям и специалистам высшего уровня квалификации» относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.);

к «прочим специалистам» относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

¹ Пункт заполняется в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. № 298.

к «квалифицированным рабочим» относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

к «неквалифицированным рабочим» относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и др.), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики и др.); к «занятым на военной службе» относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к Вооруженным силам страны;

в позиции «не был(а) занят(а) в экономике»:

к «пенсионерам» относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

к «студентам и учащимся» относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

к «работающим в личном подсобном хозяйстве» относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

к «безработным» относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

к «прочим» относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;

в пункте 15 «Смерть произошла» после уточнения обстоятельств случая смерти указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).

Конкретный род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и др.) указывается тот, который был установлен правоохранительными органами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в Медицинском свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: «Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы». Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи Медицинского свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится;

в пункте 16 «В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти» указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла.

Данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения;

в пункте 17 «Причины смерти установлены» делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером (акушеркой), патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт;

в пункте 18 «Я, врач (фельдшер, акушерка)», указывается фамилия, имя, отчество, должность лица, заполнившего Медицинское свидетельство, отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти;

в пункте 20 «В случае смерти в результате ДТП»: в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки – «1» и «2», а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8–30 суток после него – отметку «1»;

пункт 21 заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов;

в пункте 22 указывается фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частнопрактикующим врачом, указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью;

в пункте 23 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

21. При заполнении пункта 19 «Причины смерти» необходимо соблюдать следующий порядок записи причин смерти.

Из заключительного клинического диагноза выбирается одна первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с ее осложнениями указывается в подпунктах «а–г» части I пункта 19 Медицинского свидетельства:

- а) непосредственная причина;
- б) промежуточная причина;
- в) первоначальная причина;
- г) внешняя причина при травмах (отравлениях).

В части II пункта 19 Медицинского свидетельства указываются прочие важные причины смерти.

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

В Медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями:

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

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

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

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

алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

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

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

После заполнения всех необходимых строк Медицинского свидетельства необходимо произвести выбор первоначальной причины смерти.

В статистическую разработку включается только одна первоначальная причина при смерти от заболеваний и две причины при смерти от травм (отравлений): первая – по характеру травмы (XIX класс МКБ-10), вторая – внешняя причина (XX класс МКБ-10).

Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на строке подпункта в) части I, но и на других строках. Например, промежуточная причина смерти может быть отобрана как первоначальная; при этом последняя будет располагаться на строке подпункта б).

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

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

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10).

Государственная статистика материнской смертности основывается на Медицинских свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роже-ницу, родильницу.

Согласно рекомендациям МКБ-10:

материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43–365 дней после окончания беременности.

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, – это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;

смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, – это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

IV. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о смерти

22. В пунктах 1–13 корешка Медицинского свидетельства (далее – Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

23. В пункте 14 Корешка «Фамилия, имя, отчество получателя» указывается фамилия, имя, отчество получателя Медицинского свидетельства.

Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения Медицинского свидетельства и ставится подпись получателя.

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

Приложение 2

Рекомендации о порядке выдачи и заполнения учетной формы № 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. № 782н

I. Общие положения

1. В соответствии со ст. 47 Гражданского кодекса и статьей 3 Федерального закона от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 47, ст. 5340; 2001, № 44, ст. 4149; 2002, № 18, ст. 1724; 2003, № 17, ст. 1553, № 28, ст. 2889, № 50, ст. 4855; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1, ст. 25; 2006, № 1, ст. 10, № 31, ст. 3420), далее – Федеральный закон, случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная форма № 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (далее – Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации мертворожденного и смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее – органы ЗАГС) и для государственного статистического учета.

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

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

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

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

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

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

II. Порядок выдачи Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

7. Медицинское свидетельство для регистрации в органах ЗАГС заполняется на:

родившихся живыми или мертвыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, сроком беременности 28 недель и более или длиной тела 35 см и более), включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при сроке беременности 28 недель и более – при многоплодных родах;

новорожденных, родившихся с массой тела от 500 г до 999 г, если они прожили более 168 часов после рождения (7 полных суток жизни).

8. Критериями для заполнения Медицинского свидетельства (на мертворожденных и живорожденных, умерших в первые 168 часов жизни) являются:

- а) масса тела при рождении – 1000 г и более;
- б) срок беременности – 28 недель и более;
- в) длина тела от верхушки темени до пяток – 35 см и более.

В случае если масса тела при рождении неизвестна, необходимо учитывать срок беременности (28 недель и более); если неизвестна масса и срок беременности, то учитывают длину тела (35 см и более).

Медицинское свидетельство выдается в случаях, когда произошла антенатальная смерть (смерть плода во время беременности, до начала родов) одного из плодов при многоплодной беременности на ранних ее сроках и масса плода менее 1000 г, а роды произошли при сроке беременности 28 недель и более.

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

На каждый случай мертворождения заполняется 1 Медицинское свидетельство.

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

11. В соответствии с пунктом 4 статьи 20 Федерального закона заявление в органы ЗАГС о мертворождении и смерти ребенка, умершего в первые 168 часов жизни, должно быть сделано не позднее чем через три дня со дня установления факта мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни.

Регистрация в органах ЗАГС мертворожденных и детей, умерших до 7 полных суток жизни, производится в течение трех дней:

медицинской организацией, в которой произошел случай мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни;

при родах, принятых на дому – медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой принимал роды или констатировал смерть новорожденного, и частнопрактикующим врачом;

при смерти ребенка в первые 168 часов жизни на дому – медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой оказывал медицинскую помощь новорожденному и установил его смерть на дому, или частнопрактикующим врачом;

в случаях судебно-медицинского исследования – бюро судебно-медицинской экспертизы.

Во всех остальных случаях, когда Медицинское свидетельство не может быть выдано, регистрация в органах ЗАГС производится в судебном порядке.

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

13. Медицинское свидетельство выдается с отметкой: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного».

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

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

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти, судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство «взамен предварительного» или «взамен окончательного».

В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство «взамен окончательного».

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

14. Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации, где произошли роды, или частнопрактикующим врачом, и заверяется круглой печатью.

15. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства.

Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

16. При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский классификатор административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. № 677 «Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, № 46, ст. 4472; 2005, № 33, ст. 3423; 2006, № 48, ст. 5084).

В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр – для автономных округов.

Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации.

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

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

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

19. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна

быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации.

На уровне субъекта Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики.

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

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

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

III. Порядок заполнения Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

21. Медицинское свидетельство заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

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

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

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

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

В случае заполнения Медицинского свидетельства частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках.

Далее указывается дата выдачи Медицинского свидетельства (число, месяц, год) и подчеркивается его вид: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного» или «взамен окончательного». При заполнении Медицинского свидетельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» дополнительно указываются серия и номер ранее оформленного Медицинского свидетельства (предварительного или окончательного).

25. При заполнении Медицинского свидетельства:

в пункте 1 «Роды мертвым плодом» указывается дата мертворождения – число, месяц, год, а также время – часы, минуты (например, 20.07.2007; 14.30);

в пункте 2 «Ребенок родился живым» указывается дата рождения живого ребенка, а затем дата его смерти. При этом указывается число, месяц, год, а также часы, минуты рождения и смерти;

в пункте 3 «Смерть наступила» делается отметка в позиции, указывающей, когда наступила смерть: до начала родов (1), во время родов (2), после родов (3) или в неизвестный период (4);

в пунктах 4–11 указываются сведения о матери мертворожденного или ребенка, умершего до 7 полных суток жизни;

пункт 4 «Фамилия, имя и отчество» заполняется полностью по данным паспорта матери или иного документа, удостоверяющего личность матери, а фамилия, имя, отчество несовершеннолетней матери, не достигшей возраста четырнадцати лет, – на основании свидетельства о ее рождении. Если нет сведений, делается запись «неизвестно»;

в пункте 5 «Дата рождения» указывается число, месяц, год – на основании данных, содержащихся в документе, удостоверяющем личность матери (например, 20.07.1977).

В случае если дата рождения матери неизвестна, во всех позициях пункта 5 ставится прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв «XX» вместо неизвестных сведений (например, «XX.XX.1985»);

в пункт 6 «Место постоянного жительства (регистрации)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно».

в пункте 7 «Местность» указывают принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

в пункте 8 «Семейное положение» указывается, состоит женщина или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно».

Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

- 1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- 2) разрешение на временное проживание;
- 3) вид на жительство;
- 4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В исключительных случаях для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у матери отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 4–8 Медицинского свидетельства и пункты 4–7 корешка Медицинского свидетельства со слов матери, о чем должна быть сделана отметка «со слов матери» в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя медицинской организации или частнопрактикующего врача и печатью;

пункт 9 «Образование» заполняется со слов матери:

в позиции «профессиональное»: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение – институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» – закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» – окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; «начальное» – окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.);

в позиции «общее»: «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» – окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10–11 классов среднего общеобразовательного

учреждения; «начальное» – окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4–9 классов образовательного учреждения;

пункт 10¹ «Занятость» заполняется со слов матери:

в позиции «была занята в экономике»:

к «руководителям и специалистам высшего уровня квалификации» относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.);

к «прочим специалистам» относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

к «квалифицированным рабочим» относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

к «неквалифицированным рабочим» относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и др.), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих для всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.);

¹ Пункт заполняется в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. № 298.

к «занятым на военной службе» относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к Вооруженным силам страны;

в позиции «не была занята в экономике»:

к «пенсионерам» относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

к «студентам и учащимся» относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

к «работающим в личном подсобном хозяйстве» относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

к «безработным» относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

к «прочим» относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;

в пункт 11 «Которые по счету роды» включаются сведения (с учетом мертворождений), которые берутся из соответствующей медицинской документации.

В пунктах 12–20 указываются сведения о ребенке, умершем до 7 полных суток жизни, или о мертворожденном из соответствующей медицинской документации;

в пункте 12 «Фамилия ребенка (плода)» – фамилия новорожденного (мертворожденного) ребенка (плода) указывается по желанию родителей в случае, если родители имеют одинаковую фамилию;

в пункте 13 «Место смерти (мертворождения)» указывается название республики (края, области), района, города (села), где произошла смерть (мертворождение). Если нет сведений – делается запись «неизвестно»;

в пункте 14 «Местность» указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

в пункте 15 «Смерть (мертворождение) произошла(о)» отмечается позиция, в которой указывается, где последовала смерть: в стационаре, дома, в другом месте или неизвестно;

в пункте 16 «Пол» делается отметка: «мальчик» или «девочка»;

в пункт 17 «Масса тела ребенка (плода) при рождении» вписывается масса тела в граммах, зарегистрированная при мертворождении или рождении ребенка.

У живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с которой она была измерена в граммах (например, 3253);

пункт 18 «Длина тела ребенка (плода) при рождении» включает длину тела от макушки до пяток, измеренную в сантиметрах (например, 52);

в пункте 19 «Мертворождение или живорождение произошло» делается отметка в первой позиции, если роды одноплодные, во второй и третьей позициях ставятся прочерки; в случае многоплодных родов в первой позиции ставится прочерк, заполняются позиции 2 и 3. Например, в случае рождения ребенка вторым из тройни следует в первой позиции поставить прочерк, во второй позиции записать «2» и в третьей позиции записать «3»;

пункт 20 «Которым по счету ребенок был рожден у матери» заполняется, считая умерших и не считая мертворожденных при предыдущих родах;

в пункте 21 «Смерть ребенка (плода) произошла» делается отметка в одной из позиций: от заболевания, несчастного случая, убийства или род смерти не установлен;

в пункте 22 «Лицо, принимавшее роды» указывается, кем были приняты роды: врачом, фельдшером (акушеркой) или другим лицом;

в пункте 23 «Причины перинатальной смерти» делается запись как причин смерти плода или новорожденного, так и патологии со стороны материнского организма, оказавшего на него неблагоприятное воздействие.

Запись причин перинатальной смерти производится на строках подпунктов а) – д). В строках подпунктов а) и б) указываются болезни или патологические состояния мертворожденного или ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни. Причем одно, основное заболевание, записывается на строке подпункта а), а остальные, если таковые имеются, на строке подпункта б). Под «основным» подразумевается заболевание (состояние), которое, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, внесло наибольший вклад в причину мертворождения или смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов суток жизни. Такие состояния, как сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, недоношенность, характеризующие механизм смерти, не следует вписывать в строку подпункта а), если только они не были единственными известными состояниями ребенка, родившегося мертвым, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни.

На строках подпунктов в) и г) следует записывать болезни или состояния матери, которые, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на ребенка, родившегося мертвым или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни. В этом случае наиболее важное заболевание (состояние) нужно записывать на строке подпункта в), а другие, если таковые имеются, на строке подпункта г).

Строка подпункта д) предусмотрена для записи других обстоятельств, которые способствовали смерти, но которые не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, ребенка или матери, например: внешние причины при травмах и отравлениях, родоразрешение при отсутствии лица, принимающего роды, название операции или другого

медицинского вмешательства с указанием даты, жестокое обращение с ребенком.

На строках подпунктов а) и в) может быть записано только по одному заболеванию (состоянию) и, соответственно, по одному коду. На остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний). Формулировки заболеваний и состояний должны быть записаны только по-русски и без сокращений.

Если установить заболевание (состояние) матери или состояние плаценты, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на мертворожденного или живорожденного, умершего до 7 полных суток жизни, не представляется возможным, рекомендуется сделать запись на строках подпунктов в) и г) – «неизвестно», «не установлено», а для кодирования используют искусственный код ХХХ.Х на строке подпункта в).

Кодирование причин перинатальной смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10.

Каждое заболевание (состояние), записанное в строках подпунктов а), в) и д), следует кодировать отдельно. Основное заболевание (состояние) матери, оказавшее влияние на мертворожденного или живорожденного и умершего на первой неделе жизни ребенка, записанное на строке подпункта в), необходимо кодировать одной из рубрик Р00–Р04; эти рубрики нельзя использовать для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строке подпункта а).

Для кодирования заболеваний (состояний) мертворожденного или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни ребенка, записанных на строке подпункта а), в большинстве случаев нужно использовать рубрики Р05–Р96 (Перинатальные состояния) или Q00–Q99 «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», но можно использовать любые другие рубрики, кроме Р00–Р04 «Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения».

Для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строках а) и в), используют один код.

Для кодирования внешних причин при травмах и отравлениях используются коды ХХ класса МКБ-10, указывающиеся на строке подпункта д). Другие обстоятельства, записанные на этой строке, обычно не нуждаются в кодировании.

В случае смерти от травм или отравлений проставляется три кода: первый – по характеру травмы мертворожденного или ребенка – на строке подпункта а), второй – код основного заболевания матери – на строке подпункта в) и третий – код внешней причины – на строке подпункта д).

В актовую запись в органах ЗАГС вносят причины смерти, указанные в строках подпунктов а), в) и д), и коды, соответствующие этим причинам.

При кодировании случаев мертворождения и смерти новорожденного необходимо учитывать следующее:

«Смерть плода по неуточненной причине» кодируется P95;

«Смерть новорожденного» кодируется P96.8;

в случае «Смерти от неуточненного состояния, возникшего в перинатальном периоде», используют рубрику P96.9.

Термин «Синдром внезапной смерти грудного ребенка» применяется только у детей в возрасте от 7 дней до 1 года, в связи с чем для кодирования случаев перинатальной смерти не применяется;

При заполнении пункта в графе «Код по МКБ-10» должны указываться два кода: первый – основного заболевания мертворожденного или заболевания ребенка, приведшего его к смерти, второй – код основного заболевания матери, оказавшего поражающее влияние на новорожденного (или мертворожденного), в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10);

в пункте 24 «Причины перинатальной смерти установлены» указывается:

а) кем установлена причина мертворождения или смерти ребенка в 0–168 часов жизни – врачом, только удостоверившим смерть; врачом акушером-гинекологом, принимавшим роды; врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка; врачом-патологоанатомом; судебно-медицинским экспертом; акушеркой или фельдшером;

б) на основании чего установлена причина перинатальной смерти – только осмотра трупа; записей в медицинской документации; собственного предшествовавшего наблюдения или вскрытия. Подпункт «осмотр трупа» рекомендуется использовать только в исключительных случаях, так как установить причину смерти только на основании внешнего осмотра трупа, как правило, невозможно;

в пункте 25 указывается должность, фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частнопрактикующим врачом с указанием их фамилии, имени, отчества и заверяется круглой печатью;

в пункте 26 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

IV. Порядок заполнения корешка Медицинского свидетельства о перинатальной смерти

27. В пунктах 1–11 корешка Медицинского свидетельства (далее – Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

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

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

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

Здесь же указываются документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения и ставится подпись получателя.

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

Приложение 3

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕЧНИ ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОЙ РАЗРАБОТКИ ДАННЫХ О СМЕРТНОСТИ

Два кратких перечня: «Перечень 1» и «Перечень 3» предусматривают пункты для каждого класса МКБ, а также внутри большинства классов обозначают пункты выборочных перечней вместе с пунктами оставшейся части класса болезней, озаглавленными «Другие...», что полностью охватывает рассматриваемый класс. Они, таким образом, сжимают весь диапазон трехзначных рубрик МКБ в число наименований, удобное для использования.

Перечень 1 для статистической разработки данных о смертности

Общая смертность

Краткий перечень

1-001 НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ	A00-B99
1-002 Холера	A00
1-003 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	A09
1-004 Другие кишечные инфекции	A01-A08
1-005 Туберкулез органов дыхания	A15-A16
1-006 Другие формы туберкулеза	A17-A19
1-007 Чума	A20
1-008 Столбняк	A33-A35
1-009 Дифтерия	A36
1-010 Коклюш	A37
1-011 Менингококковая инфекция	A39
1-012 Септицемия	A40-A41
1-013 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	A50-A64
1-014 Острый полиомиелит	A80
1-015 Бешенство	A82
1-016 Желтая лихорадка	A95
1-017 Другие вирусные лихорадки и вирусные геморрагические лихорадки, передаваемые членистоногими	A90-A94, A96-A99
1-018 Корь	B05
1-019 Вирусный гепатит	B15-B19
1-020 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	B20-B24
1-021 Малярия	B50-B54
1-022 Лейшманиоз	B55
1-023 Трипаносомоз	B56-B57
1-024 Шистосомоз [бильгарциоз]	B65
1-025 Другие инфекционные и паразитарные болезни	A21-A32, A38, A42-A49, A65-A79, A81, A83-A89, B00-B04, B06-B09, B25-B49,

	B58-B64, B66-B94, B99
1-026 НОВООБРАЗОВАНИЯ	C00-D48
1-027 Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00-C14
1-028 Злокачественные новообразования пищевода	C15
1-029 Злокачественные новообразования желудка	C16
1-030 Злокачественные новообразования ободочной кишки, прямой кишки и заднего прохода (ануса)	C18-C21
1-031 Злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков	C22
1-032 Злокачественные новообразования поджелудочной железы	C25
1-033 Злокачественные новообразования гортани	C32
1-034 Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого	C33-C34
1-035 Злокачественная меланома кожи	C43
1-036 Злокачественные новообразования молочной железы	C50
1-037 Злокачественные новообразования шейки матки	C53
1-038 Злокачественные новообразования матки другой и неуточненной локализации	C55-C55
1-039 Злокачественные новообразования яичников	C56
1-040 Злокачественные новообразования предстательной железы	C61
1-041 Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
1-042 Злокачественные новообразования мозговых оболочек, головного мозга и других частей центральной нервной системы	C70-C72
1-043 Неходжкинская лимфома	C82-C85
1-044 Множественная миелома и злокачественные плазмноклеточные новообразования	C90
1-045 Лейкемия	C91-C95
1-046 Другие злокачественные новообразования	C17, C23-C24, C26-C31, C37-C41, C44-C49, C51-C52, C57-C60, C62-C66, C68-C69, C73-C81, C88, C96-C97
1-047 Другие новообразования	D00-D48
1-048 БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ИММУННОГО МЕХАНИЗМА	D50-D89
1-049 Анемия	D50-D64
1-050 Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	D65-D89
1-051 БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ	E00-E88
1-052 Сахарный диабет	E10-E14
1-053 Общая недостаточность питания	E40-E46

1-054 Другие эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ	E00-E07, E15-E34, E50-E88
1-055 ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ	F01-F99
1-056 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных и других веществ	F10-F19
1-057 Другие психические расстройства и расстройства поведения	F01-F09, F20-F99
1-058 БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	G00-G98
1-059 Менингит	G00,G03
1-060 Болезнь Альцгеймера	G30
1-061 Другие болезни нервной системы	G04-G25, G31-G98
1-062 БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА	H00-H57
1-063 БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА	H60-H93
1-064 БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	I00-I99
1-065 Острый ревматизм и хронические болезни сердца	I00-I09
1-066 Гипертоническая болезнь	I10-I13
1-067 Ишемические болезни сердца	I20-I25
1-068 Другие болезни сердца	I26-I51
1-069 Сосудистые поражения головного мозга	I60-I69
1-070 Атеросклероз	I70
1-071 Другие болезни системы кровообращения	I71-I99
1-072 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	J00-J98
1-073 Грипп	J10-J11
1-074 Пневмония	J12-J18
1-075 Другие острые инфекции нижних дыхательных путей	J20-J22
1-076 Хронические болезни дыхательных путей	J40-J47
1-077 Другие болезни органов дыхания	J00-J06, J30-J39, J60-J98
1-078 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	K00-K92
1-079 Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	K25-K27
1-080 Болезни печени	K70-K76
1-081 Другие болезни органов пищеварения	K00-K22, K28-K66, K80-K92
1-082 БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ	L00-L98
1-083 БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	M00-M99
1-084 БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	N00-N98
1-085 Гломерулярные болезни и почечные тубулоинтерстициальные болезни	N00-N15
1-086 Другие болезни мочеполовой системы	N17-N98
1-087 ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	O00-O99
1-088 Беременность с абортным исходом	O00-O07
1-089 Другие непосредственные причины акушерской смерти	O10-O92

1-090 Непрямые причины акушерской смерти	O98-O99
1-091 Другие осложнения беременности, родов и послеродового периода	O95-O97
1-092 ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	P00-P96
1-093 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ	Q00-Q99
1-094 СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ, ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕКЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ	R00-R99
1-095 ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ	V01-Y89
1-096 Транспортные несчастные случаи	V01-V99
1-097 Случайные попадания	W00-W19
1-098 Случайные утопления	W65-W74
1-099 Воздействие дыма, огня, пламени	X00-X09
1-100 Случайные отравления и воздействия ядовитого вещества	X40-X49
1-101 Намеренное самоповреждение	X60-X84
1-102 Нападение (насилие)	X85-Y09
1-103 Все другие внешние причины смерти	W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y89

Перечень 3 для статистической разработки данных о смертности

Перинатальная и детская смертность

Краткий перечень

3-001 НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ	A00-B99
3-002 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	A09
3-003 Другие кишечные инфекции	A00-A08
3-004 Туберкулез	A15-A19
3-005 Столбняк	A33, A35
3-006 Дифтерия	A36
3-007 Коклюш	A37
3-008 Менингококковая инфекция	A39
3-009 Септицемия	A40-A41
3-010 Острый полиомиелит	A80
3-011 Корь	B05
3-012 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	B20-B24
3-013 Другие вирусные заболевания	A81-B04, B06-B19, B25-B34, B50-B54
3-014 Малярия	B50-B54
3-015 Другие инфекционные и паразитарные болезни	A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99

3-016 НОВООБРАЗОВАНИЯ	C00-D48
3-017 Лейкемия	C91-C95
3-018 Другие злокачественные новообразования	C00-C90, C96-C97
3-019 Другие новообразования	D00-D48
3-020 БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ИММУННОГО МЕХАНИЗМА	D50-D89
3-021 Анемия	D50-D64
3-022 Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	D65-D89
3-023 БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ	E00-E88
3-024 Общая недостаточность питания	E40-E64
3-025 Другие эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ	E00-E34, E65-E88
3-026 БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	G00-G98
3-027 Менингит	G00,G03
3-028 Другие болезни нервной системы	G04-G98
3-029 БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА	H60-H93
3-030 БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	I00-I99
3-031 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	J00-J98
3-032 Пневмония	J12-J18
3-033 Другие острые инфекции дыхательных путей	J00-J11, J20-J22
3-034 Другие болезни органов дыхания	J30-J98
3-035 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	K00-K92
3-036 БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	N00-N98
3-037 ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	P00-P96
3-038 Поражения плода и новорожденного, обусловленные заболеваниями матери, осложнениями беременности, родовой деятельности и родоразрешения	P00-P04
3-039 Нарушения, связанные с длительностью беременности и ростом плода	P05-P08
3-040 Родовая травма	P10-P15
3-041 Внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении	P20-P21
3-042 Синдром дыхательных расстройств у новорожденного	P22
3-043 Врожденная пневмония	P23
3-044 Другие респираторные состояния у новорожденного	P24-P28
3-045 Бактериальный сепсис новорожденного	P36
3-046 Омфалит новорожденного с умеренным кровотоком или без него	P38
3-047 Геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного	P50-P61
3-048 Другие осложнения в перинатальном периоде	P29, P35, P37, P39, P70-P96
3-049 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ	Q00-Q99
3-050 Врожденная гидроцефалия и spina bifida	Q03, Q05

3-051 Другие врожденные пороки развития нервной системы	Q00-Q02, Q04, Q06-Q07
3-052 Врожденные пороки развития сердца	Q20-Q24
3-053 Другие врожденные пороки развития системы кровообращения	Q25-Q28
3-054 Синдром Дауна и другие хромосомные аномалии	Q90-Q99
3-055 Другие врожденные пороки развития	Q10-Q18, Q30-Q89
3-056 СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ И ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ	R00-R99
3-057 Синдром внезапной смерти грудного ребенка	R95
3-058 Другие симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R94 R96-R99
3-059 Все другие болезни	F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99
3-060 ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ	V01-Y89
3-061 Транспортные несчастные случаи	V01-V99
3-062 Случайные утопления	W65-W74
3-063 Другие несчастные случаи, связанные с угрозой дыханию	W75-W84
3-064 Воздействие дыма, огня, пламени	X00-X09
3-065 Случайные отравления и воздействия ядовитого вещества	X40-X49
3-066 Нападение (насилие)	X85-Y09
3-067 Все другие внешние причины смерти	W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89

Два выборочных перечня: Перечень 2 и Перечень 4 включают в себя пункты из большинства классов МКБ, предназначенные для кодирования состояний и внешних причин, существенных 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.

Перечень 2 для статистической разработки данных о смертности

Общая смертность

Выборочный перечень

2-001 Холера	A00
2-002 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	A09
2-003 Другие кишечные инфекции	A01-A08
2-004 Туберкулез органов дыхания	A15-A16
2-005 Другие формы туберкулеза	A17-A19

2-006 Чума	A20
2-007 Столбняк	A33-A35
2-008 Дифтерия	A36
2-009 Коклюш	A37
2-010 Менингококковая инфекция	A39
2-011 Септицемия	A40-A41
2-012 Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	A50-A64
2-013 Острый полиомиелит	A80
2-014 Бешенство	A82
2-015 Желтая лихорадка	A95
2-016 Другие вирусные лихорадки и вирусные геморрагические лихорадки, передаваемые членистоногими	A90-A94, A96-A99
2-017 Корь	B05
2-018 Вирусный гепатит	B15-B19
2-019 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	B20-B24
2-020 Малярия	B50-B54
2-021 Лейшманиоз	B55
2-022 Трипаносомоз	B56-B57
2-023 Шистосомоз [бильгарциоз]	B65
2-024 Другие инфекционные и паразитарные болезни	A21-A32, A38, A42-A49, A65-A79, A81, A83-A89, B00-B04, B06-B09, B25-B49, B58-B64, B66-B94, B99
2-025 Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки	C00-C14
2-026 Злокачественные новообразования пищевода	C15
2-027 Злокачественные новообразования желудка	C16
2-028 Злокачественные новообразования ободочной кишки, прямой кишки и заднего прохода (ануса)	C18-C21
2-029 Злокачественные новообразования печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков	C22
2-030 Злокачественные новообразования поджелудочной железы	C25
2-031 Злокачественные новообразования гортани	C32
2-032 Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого	C33-C34
2-033 Злокачественная меланома кожи	C43
2-034 Злокачественные новообразования молочной железы	C50
2-035 Злокачественные новообразования шейки матки	C53
2-036 Злокачественные новообразования других и неуточненных частей матки	C54-C55
2-037 Злокачественные новообразования яичников	C56
2-038 Злокачественные новообразования предстательной железы	C61

2-039 Злокачественные новообразования мочевого пузыря	C67
2-040 Злокачественные новообразования мозговых оболочек, головного мозга и других частей центральной нервной системы	C70-C72
2-041 Неходжкинская лимфома	C82-C85
2-042 Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования	C90
2-043 Лейкемия	C91-C95
2-044 Другие злокачественные новообразования	C17, C23-C24, C26-C31, C37-C41, C44-C49, C51-C52, C57-C60, C62-C66, C68-C69, C73-C81, C88, C96-C97
2-045 Анемия	D50-D64
2-046 Сахарный диабет	E10-E14
2-047 Общая недостаточность питания	E40-E46
2-048 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных и других веществ	F10-F19
2-049 Менингит	G00,G03
2-050 Болезнь Альцгеймера	G30
2-051 Острый ревматизм и хронические болезни сердца	I00-I09
2-052 Гипертоническая болезнь	I10-I13
2-053 Ишемические болезни сердца	I20-I25
2-054 Другие болезни сердца	I26-I51
2-055 Сосудистые поражения головного мозга	I60-I69
2-056 Атеросклероз	I70
2-057 Другие болезни системы кровообращения	I71-I99
2-058 Грипп	J10-J11
2-059 Пневмония	J12-J18
2-060 Другие острые инфекции нижних дыхательных путей	J20-J22
2-061 Хронические болезни дыхательных путей	J40-J47
2-062 Другие болезни органов дыхания	J00-J06, J30-J39, J60-J98
2-063 Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	K25-K27
2-064 Болезни печени	K70-K76
2-065 Гломерулярные болезни и почечные тубулоинтерстициальные болезни	N00-N15
2-066 Беременность с abortивным исходом	O00-O07
2-067 Другие непосредственные причины акушерской смерти	O10-O92
2-068 Непрямые причины акушерской смерти	O98-O99
2-069 ОТДЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	P00-P96

2-070 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ	Q00-Q99
2-071 СИМПТОМЫ, ПРИЗНАКИ, ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ	R00-R99
2-072 Все другие болезни	D00-D48, D65-D89, E00-E07, E15-E34, E50-E88, F01-F09, F20-F99, G04-G25, G31-G98, H00-H93, K00-K22, K28-K66, K80-K92, L00-L98, M00-M99, N17-N98, O95-O97 V01-V99
2-073 Транспортные несчастные случаи	W00-W19
2-074 Случайные попадания	W65-W74
2-075 Случайные утопления	X00-X09
2-076 Воздействие дыма, огня, пламени	X40-X49
2-077 Случайные отравления и воздействия ядовитого вещества	X60-X84
2-078 Намеренное самоповреждение	X85-Y09
2-079 Нападение (насилие)	W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y89
2-080 Все другие внешние причины смерти	

Перечень 4 для статистической разработки данных о смертности

Перинатальная и детская смертность

Выборочный перечень

4-001 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	A09
4-002 Другие кишечные инфекции	A00-A08
4-003 Туберкулез	A15-A19
4-004 Столбняк	A33-A35
4-005 Дифтерия	A36
4-006 Коклюш	A37
4-007 Менингококковая инфекция	A39
4-008 Септицемия	A40-A41
4-009 Острый полиомиелит	A80
4-010 Корь	B05

4-011 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	B20-B24
4-012 Другие вирусные заболевания	A81-B04, B06-B19, B25-B34, B50-B54
4-013 Малярия	B50-B54
4-014 Другие инфекционные и паразитарные болезни	A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99
4-015 Лейкемия	C91-C95
4-016 Другие злокачественные новообразования	C00-C90, C96-C97 D50-D64
4-017 Анемия	
4-018 Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	D65-D89
4-019 Общая недостаточность питания и другие недостаточности питания	E40-E64
4-020 Менингит	G00, G03
4-021 Другие болезни нервной системы	G04-G98
4-022 Пневмония	J12-J18
4-023 Другие острые инфекции дыхательных путей	J00-J11, J20-J22
4-024 БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	K00-K92
4-025 Поражения плода и новорожденного, обусловленные заболеваниями матери, осложнениями беременности, родовой деятельности и родоразрешения	P00-P04
4-026 Нарушения, связанные с длительностью беременности и ростом плода	P05-P08
4-027 Родовая травма	P10-P15
4-028 Внутритрунная гипоксия и асфиксия при рождении	P20-P21
4-029 Синдром дыхательных расстройств у новорожденного	P22
4-030 Врожденная пневмония	P23
4-031 Другие респираторные состояния у новорожденного	P24-P28
4-032 Бактериальный сепсис новорожденного	P36
4-033 Омфалит новорожденного с умеренным кровотечением или без него	P38
4-034 Геморрагические и гематологические нарушения у плода и новорожденного	P50-P61
4-035 Другие осложнения в перинатальном периоде	P29, P35, P37, P39, P70-P96
4-036 Врожденная гидроцефалия и spina bifida	Q03, Q05
4-037 Другие врожденные пороки развития нервной системы	Q00-Q02, Q04, Q06-Q07
4-038 Врожденные пороки развития сердца	Q20-Q24
4-039 Другие врожденные пороки развития системы кровообращения	Q25-Q28
4-040 Синдром Дауна и другие хромосомные аномалии	Q90-Q99
4-041 Другие врожденные пороки развития	Q10-Q18, Q30-Q89

4-042 Синдром внезапной смерти грудного ребенка	R95
4-043 Другие симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R94, R96-R99
4-044 Все другие болезни	D00-D48, E00-E34, E65-E88, F01-F99, H00-H95, I00-I99, J30-J98, L00-L98, M00-M99, N00-N98 V01-V99
4-045 Транспортные несчастные случаи	W65-W74
4-046 Случайные утопления	W75-W84
4-047 Случайное удушение	X00-X09
4-048 Действие дыма, огня, пламени	X40-X49
4-049 Случайные отравления и действие ядовитого вещества	X85-Y09
4-050 Нападение	W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89
4-051 Все другие внешние причины	

Приложение 4

Сопоставление Российской классификации туберкулеза и кодов МКБ-10 (ЦНИИ туберкулеза РАМН)

Форма туберкулеза и локализация патологического процесса по Российской классификации	Код МКБ-10
Первичный туберкулезный комплекс	A15.7, A16.7
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (первичный)	
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (вторичный)	
Диссеминированный туберкулез легких	A19.8
Милиарный туберкулез	A19.0, A19.1, A19.2, A19.9
Очаговый туберкулез легких	A15.0–A15.3, A16.0–A16.2
Инфильтративный туберкулез легких	
Казеозная пневмония	
Туберкулома легких	
Кавернозный туберкулез легких	
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	
Цирротический туберкулез легких	
Туберкулезный плеврит (эмпиема плевры) – первичный туберкулез	A15.6, A16.5
Туберкулезный плеврит (эмпиема плевры) – вторичный туберкулез	A15.7, A16.7
Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей, носоглотки	A15.5, A15.8, A16.4, A16.8
Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пневмокониозами	J65
Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы	A17.0, A17.1, A17.8, A17.9
Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов	A18.3
Туберкулез костей и суставов	A18.0
Туберкулез мочевых, половых органов	A18.1
Туберкулез кожи и подкожной клетчатки	A18.4
Туберкулез периферических лимфатических узлов	A18.2
Туберкулез глаза	A18.5
Туберкулез прочих органов	A18.6, A18.7, A18.8
Остаточные изменения после излеченного туберкулеза (посттуберкулезный цирроз легких, кальцинаты, эмфизема и другие состояния после хирургического вмешательства)	B90.9
Остаточные изменения после излеченного туберкулеза других органов	B90.0–B90.2, B90.8

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МКБ-10 ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА ТУБЕРКУЛЕЗА¹

I. Общие положения

Применение Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) обеспечивает единство сбора и сопоставимость данных о здоровье населения, распространенности заболеваний и их эпидемиологии как в пределах одной страны, так и в разных странах мира. МКБ-10 дает возможность преобразовывать словесные формулировки диагнозов в буквенно-цифровые коды и обеспечивает компьютерное хранение и анализ информации. Применение МКБ-10 позволяет проводить всесторонний углубленный сравнительный анализ данных, в том числе оценить качество медико-санитарной помощи в различных регионах страны.

Основой МКБ-10 является использование алфавитно-цифровой системы кодирования, предполагающей наличие четырехзначного кода, в котором первый знак обозначается буквой, три последующих – цифрами. Такая система позволяет увеличить возможности кодирования. Буква обозначает классы, которых в МКБ-10 21, две первые цифры, в основном, блок.

Применяемая в нашей стране клиническая классификация туберкулеза (см. Приложение № 2 к настоящему Приказу) требует адаптации к МКБ-10, включая разработку вариантов кодирования, удовлетворяющих как требованиям международной классификации, так и отечественной фтизиатрии.

Необходимость дополнительного кодирования заболеваний туберкулезом и проблем, связанных с ним, обусловлена тем, что в МКБ-10 не предусмотрена регистрация форм туберкулеза (особенно легких) и поражений туберкулезным процессом других органов, принятых в нашей стране. В МКБ-10 не учитываются деструктивные изменения, сочетанные поражения органов, осложнения заболевания, а также хирургические вмешательства, произведенные в процессе лечения больных туберкулезом. Кроме того, учет выделения микобактерий туберкулеза (МБТ) предусмотрен только при постановке диагноза туберкулеза органов дыхания.

Сведения о частоте заболевания туберкулезом органов дыхания и внелегочных локализаций в мире неполные. В соответствии с российской клинической классификацией туберкулеза при сочетанных поражениях органов в учетно-отчетных формах указывают локализацию с наиболее выраженными изменениями. ВОЗ рекомендует в подобных случаях учитывать больного по заболеванию туберкулезом легких или органов дыхания.

Для регистрации формы и локализации туберкулеза, наличия деструкции в тканях, сочетанных поражений органов, хирургических операций, осложнений туберкулезного процесса, а также выделения МБТ при внелегочном туберкулезе и диссеминированных (милиарных) процессах предлагается проведение кодирования с применением дополнительных знаков (с 5-го по 10-й).

Для облегчения кодирования туберкулеза различных локализаций и чтения шифров предлагается делать их одинаковой длины, сохраняя при этом за определенными разрядами цифр одну и ту же смысловую нагрузку. Исключение составляет 10-й знак, который применяется только при кодировании сведений о наличии или отсутствии микобактерий туберкулеза в рубриках А17–А19.

Изменение кода производится после изменения диагноза или состояния или их уточнения.

...

¹ Выдержка из приложения № 3 к приказу Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г.

IV. Дополнительное кодирование некоторых признаков и состояний больных активным туберкулезом

В МКБ-10 не предусмотрено кодирование ряда существенных признаков, которые используют фтизиатры нашей страны при постановке диагноза туберкулеза и определении тактики ведения больного. Для кодирования наиболее важных из них необходимо применять дополнительные знаки.

...

4.1. Дополнительный 5-й знак

КОДИРОВАНИЕ ФОРМ И ЛОКАЛИЗАЦИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Дополнительному кодированию подлежат коды A15–A19.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ

A15.0–A15.3; A16.0–A16.2 Туберкулез легких

1 – очаговый туберкулез

2 – инфильтративный туберкулез

3 – казеозная пневмония

4 – туберкулема легких

5 – кавернозный туберкулез

6 – фиброзно-кавернозный туберкулез легких

7 – цирротический туберкулез легких

8 – диссеминированный туберкулез легких

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

A15.4; A16.3 Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (вторичный)

1 – бронхопульмональных

2 – паратрахеальных

3 – трахеобронхиальных

4 – бифуркационных

5 – парааортальных

6 – прочих групп

7 – множественные локализации

8 – БДУ

A15.5; A16.4 Туберкулез гортани, трахеи и бронхов

1 – бронхов

2 – гортани

3 – трахеи

4 – другие локализации

5 – сочетанное поражение

A15.6; A16.5 Туберкулезный плеврит (вторичный)

1 – туберкулез плевры

2 – туберкулезная эмпиема

3 – междолевой плеврит

4 – другие локализации

5 – сочетанное поражение

A15.7; A16.7 Первичный туберкулез органов дыхания

1 – первичная туберкулезная интоксикация у детей и подростков

2 – первичный туберкулезный комплекс

3 – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

4 – туберкулез плевры

5 – другие локализации

6 – сочетанное поражение

A15.8; A16.8 Туберкулез других органов дыхания

- 1 – туберкулез носа
- 2 – полости рта
- 3 – придаточных пазух
- 4 – другая локализация
- 5 – сочетанное поражение
- ТУБЕРКУЛЕЗ ДРУГИХ ОРГАНОВ
- A17 Туберкулез нервной системы
- A17.0 Туберкулезный менингит
 - 1 – туберкулез мозговых оболочек
 - 2 – туберкулезный лептоменингит
- A17.1 Менингеальная туберкулема
 - 1 – туберкулема мозговых оболочек
- A17.8 Туберкулез нервной системы других локализаций
 - 1 – туберкулема головного мозга
 - 2 – туберкулез спинного мозга
 - 3 – абсцесс головного мозга
 - 4 – менингоэнцефалит
 - 5 – миелит
- A17.9 Туберкулез нервной системы неуточненной локализации
 - 1 – туберкулез нервной системы неуточненной локализации
- A18 Туберкулез других органов
- A18.0 Туберкулез костей и суставов
 - 1 – тазобедренный сустав
 - 2 – коленный сустав
 - 3 – позвоночник
 - 4 – мелкие суставы
 - 5 – плоские кости
 - 6 – другие локализации
 - 7 – сочетанное поражение
- A18.1 Туберкулез мочеполовых органов
 - 1 – почек
 - 2 – мочеочника
 - 3 – мочевого пузыря
 - 4 – уретры
 - 5 – мужских половых органов
 - 6 – женских половых органов
 - 7 – другие локализации
 - 8 – сочетанные поражения
- A18.2 Туберкулез периферических лимфатических узлов
 - 1 – лимфатические подчелюстные узлы
 - 2 – шейные
 - 3 – подмышечные
 - 4 – паховые
 - 5 – другие локализации
 - 6 – сочетанные поражения
 - 7 – БДУ
- A18.3 Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов
 - 1 – кишечника
 - 2 – брюшины
 - 3 – брыжеечных лимфатических узлов

- 4 – другие локализации
- 5 – сочетанные поражения
- A18.4 Туберкулез кожи и подкожной клетчатки
 - 1 – волчанка язвенная
 - 2 – обыкновенная
 - 3 – века
 - 4 – скрофулодерма
 - 5 – папулонекротический туберкулез
 - 6 – другие формы
 - 7 – БДУ
- A18.5 Туберкулез глаза
 - 1 – хориоретинит
 - 2 – эписклерит
 - 3 – интерстициальный кератит
 - 4 – иридоциклит
 - 5 – кератоконъюнктивит интерстициальный
 - 6 – кератоконъюнктивит фликтенулезный
 - 7 – другие локализации
 - 8 – сочетанные поражения
- A18.6 Туберкулез уха
 - 1 – туберкулез уха
- A18.7 Туберкулез надпочечника
 - 1 – туберкулез надпочечника
- A18.8 Туберкулез других уточненных органов
 - 1 – эндокарда
 - 2 – миокарда
 - 3 – перикарда
 - 4 – пищевода
 - 5 – щитовидной железы
 - 6 – другие локализации
 - 7 – сочетанные поражения
- A19 Милиарный туберкулез
- A19.0 Острый милиарный туберкулез
 - 1 – милиарный туберкулез легких
 - 2 – милиарный туберкулез других локализаций
- A19.1 Острый милиарный туберкулез множественной локализации
 - 1 – генерализованный
 - 2 – полисерозит
- A19.2 Острый милиарный туберкулез неуточненной локализации
 - 1 – острый милиарный туберкулез неуточненной локализации
- A19.8 Другие формы милиарного туберкулеза
 - 1 – другие формы милиарного туберкулеза
- A19.9 Милиарный туберкулез неуточненной локализации
 - 1 – милиарный туберкулез неуточненной локализации
- 4.2. Дополнительный 6-й знак**
- КОДИРОВАНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ
- Дополнительному кодированию подлежат коды A15–A19.
 - 1 – без распада
 - 2 – распад (свищи, язвенные изменения, прочие деструкции)
 - 3 – без упоминания о распаде

4.3. Дополнительный 7-й знак**КОДИРОВАНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

Дополнительному кодированию подлежат коды A15–A18, A19.

1 – поражен один орган

2 – туберкулез органов дыхания + туберкулез внелегочных локализаций

3 – туберкулез внелегочных локализаций + туберкулез других внелегочных локализаций

4.4. Дополнительный 8-й знак**КОДИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

Дополнительному кодированию подлежат коды A15–A19.

1 – операция не проводилась

2 – операция проведена

4.5. Дополнительный 9-й знак**КОДИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Дополнительному кодированию подлежат коды A15–A19.

1 – неосложненное течение

2 – осложненное течение

4.6. Дополнительный 10-й знак**КОДИРОВАНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ МБТ У БОЛЬНЫХ С ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

Дополнительному кодированию подлежат коды A17–A19.

1 – МБТ+ подтверждено бактериоскопически, с наличием или отсутствием роста культуры

2 – МБТ+ подтверждено только ростом культуры

3 – МБТ+ подтверждено гистологически

4 – МБТ- при отрицательных бактериологических или гистологических исследованиях

Приложение 5

ОСОБЕННОСТИ ВСКРЫТИЯ ТРУПА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭКЗОГЕННУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ

Выбор правильной последовательности действий врача при патолого-анатомическом или судебно-медицинском вскрытия трупа человека, погибшего на фоне интоксикации, во многом определяет успех исследования. Как правило, врач-патологоанатом располагает определенными анамнестическими и клиническими сведениями до вскрытия трупа. Данное обстоятельство позволяет оценить характер интоксикации (острая или хроническая), провести анализ токсической ситуации и типа «медиаторного синдрома» (для определения фармакологической группы, в которую может входить токсикант), а также выявить специфические клинико-лабораторные симптомы, характеризующие действие яда.

Если врач-патологоанатом решил организационные вопросы, связанные с обеспечением производства химико-токсикологического анализа, необходимо подготовить соответствующую посуду, реактивы и т.д. При подозрении на отравление неизвестным ядом специалист должен также предпринять меры для собственной безопасности, поскольку ряд особо опасных инфекций может иметь клиническое сходство с острыми отравлениями. Обычно здесь достаточно легкого противочумного костюма. До начала вскрытия необходимо проветрить секционный зал, поскольку многие токсические соединения обладают специфичными запахами (табл. 1).

От секционного стола отключается сток в общую канализационную сеть, при вскрытии не рекомендуется пользоваться проточной водой для ополаскивания органов и инструментов. Поскольку патологоанатом должен

Таблица 1

Запахи некоторых токсических соединений

Токсикант	Запах
Цианиды	Горького миндаля
Сероводород, меркаптаны, тетурам	Тухлых яиц
Цикута	Моркови
Никотин	Табака
Фенол, креозот	Дезинфектантов
Фосфор, теллур, селен, таллий, мышьяк	Чеснока
Марихуана, опий	Горелой травы
Этанол	«Алкогольный»
Пиперидин	Рыбы
Скипидар (в моче)	Фиалок
Хлороформ, трихлорэтилен, хлористый метил, изопропанол, амилнитрит	Ацетона (сладкий, фруктовый)

предвидеть возможность дополнительного или повторного исследования органов и тканей, необходимо следить за тем, чтобы во время и после вскрытия в труп не вводились химические вещества или загрязненные ими предметы (вата, марля и т.д.).

Наиболее частой тактической ошибкой патологоанатома при вскрытии трупов лиц, погибших при подозрении на насильственный характер смерти, является недостаточный (неполный, непредставительный) объем материала, забираемого для дополнительных методов исследования (гистологического, химико-токсикологического). Можно рекомендовать в сомнительных или ответственных (например, «врачебные дела») случаях оставлять в замороженном или фиксированном виде максимально возможные по объему участки органов и тканей. Сохранять подобные архивы, гистологические препараты, блоки рекомендуется до момента вынесения окончательного, в том числе юридического, решения по данному случаю.

При наружном исследовании трупа нужно обращать внимание на необычность окраски кожных покровов, трупных пятен, слизистых оболочек. Диагностика хронической алкогольной интоксикации и хронической наркотической интоксикации предполагает тщательный наружный осмотр для выявления и подробного описания характерных стигм, следов инъекций. Определенное значение имеет окраска содержимого желудочно-кишечного тракта и мочи (табл. 2, 3).

Химико-токсикологический анализ, методы, организация

Лаборатории, способные проводить химико-токсикологический анализ, весьма малочисленны в силу стоимости используемого в их работе оборудования и реактивов, высокой степени технологичности и наукоемкости применяемых методов исследования, требующих соответствующей подготовки персонала (высшее фармацевтическое образование) и т.д. Наиболее оснащенные современным оборудованием и подготовленным персоналом химико-аналитические и химико-токсикологические лаборатории размещены на базе краевых

Таблица 2

Окраска содержимого желудочно-кишечного тракта при острых отравлениях

Окраска содержимого	Яд
Фиолетовая	Калия перманганат, соли кобальта
Голубая	Соли меди
Желтая	Пикриновая кислота, адренотропные средства, нестероидные противовоспалительные препараты, сердечные гликозиды
Ярко-красная	Азотная кислота
Черная, «кофейная гуща»	«Коррозионные» яды, ксантины, препараты железа
Коричневая	Хлористо-водородная кислота

Таблица 3

Окраска мочи при острых отравлениях

Окраска мочи	Яд
Голубая	Метиленовый синий, триамтерен
Зелено-голубая	Амитриптилин
От коричневой до черной	Анилин, нафталин, нитрофураны, фенолы, резорцин, тимол, метокарбамол, метронидазол, альдомет
От красной до буро-красной	Амидопирин, дифенин, гемолитические яды, фенолы, фенолфталеин, ураты (гематурия)
От желтой до зеленой	Рибофлавин, комплекс других витаминов группы В
От красной до черной	Салицилаты, антикоагулянты, соли висмута
От желтой до красной	Сантонин, рифампицин

(областных) бюро судебно-медицинской экспертизы. В Приморском крае это судебно-химическая лаборатория Бюро судебно-медицинской экспертизы Приморского края¹. Можно прибегнуть к помощи химико-токсикологических и других лабораторий наркологических диспансеров, крупных лечебно-профилактических учреждений, криминалистических лабораторий МВД, а также ряда лабораторий системы НИИ РАН и РАМН².

В любом случае патологоанатом, желающий осуществить какое-либо химико-токсикологическое исследование на «сторонних» базах, должен представлять себе технологию и стоимость заказываемого исследования. Для этого рекомендуется предварительно, желательно до вскрытия трупа, получить консультацию у соответствующего специалиста-химика. Примерная стоимость одного полного анализа на суррогаты алкоголя, наркотические или лекарственные вещества в Бюро судебно-медицинской экспертизы составляет около 2–3 тысяч рублей, судебно-химического исследования на алкоголь – 635 руб.³

В соответствующих лабораториях обычно применяют высоконадежные методики, требующие малого количества материала. К наиболее доступным из них относятся: тонкослойная и газовая хроматография, спектрофотометрия в видимой и ультрафиолетовой частях спектра, цветные тесты. Более современными и высокочувствительными методиками химико-токсикологического анализа являются иммунохимические методы (поляризационный флуороиммуноанализ и гетерогенный твердофазный иммуноферментный анализ), а также масс-спектрометрия.

Характер и объем материала, отбираемого для химико-токсикологического анализа, во многих случаях требует строго индивидуального подхода, согласования плана действий со специалистом в области химической токсикологии.

¹ Владивосток, ул. Лазо, 3; тел.: 8 (4232) 22-03-23.

² Возможно проведение масс-спектрометрического анализа на базе лаборатории прикладной экологии и токсикологии ТИПРО-центра (Владивосток, пер. Шевченко, 4; тел.: 8 (4232) 43-58-08).

³ Цены на конец 2009 г.

В большинстве случаев рекомендуется пользоваться действующим приказом по судебно-медицинской службе (№ 161 от 24.04.2003 г.), в частности тем его разделом, который определяет действия врача при подозрении на отравление тем или иным веществом (см. ниже).

Часто возникает вопрос о длительности сохранности того или иного вещества в организме и возможности (целесообразности) проведения посмертного химико-токсикологического анализа. Для этого необходимы сведения об особенностях элиминации того или иного лекарственного вещества, токсиканта. Важнейшей характеризующей процесса элиминации является период полувыведения ($t_{0,5}$) – время, за которое концентрация какого-либо вещества в плазме крови снижается наполовину. Например, для морфина период полувыведения равен 2–3 часам, а для фенотербитала – 50–100 часам. Обычно считается, что при нормальном функционировании почек и печени вещество удаляется из организма полностью за 5 периодов полувыведения (табл. 4). Величины периодов полувыведения наиболее распространенных лекарственных веществ и ядов приведены в справочниках и руководствах по фармакологии и токсикологии.

Нетрадиционные образцы для химико-токсикологического анализа (ногти и волосы) удерживают наркотики и их метаболиты в течение длительного времени. Например, известно обнаружение морфина и бензилэкогина (кокаин) в волосах мумий спустя тысячелетия с момента смерти.

При оценке конечных результатов химико-токсикологического или судебно-химического исследования трупного материала необходимо иметь

Таблица 4

Примерное время эффективного обнаружения некоторых наркотических средств в биологических жидкостях¹

Наркотическое средство		Время эффективного обнаружения
Морфин		1,3–6,7 часа
Фенадон	Эпизодическое употребление	В течение 15 часов
	Хроническое употребление	13–55 часов
Амфетамин (фенамин)		4–12 часов
Метамфетамин (первитин)		9 часов
Эфедрон		3–8 часов
Кокаин		0,7–1,5 часа
МДМА («экстази»)		7,6 часа
Тетрагидроканнабинол (ТГК) ²	Эпизодическое употребление	3–13 дней
	Хроническое употребление	20–57 дней
Барбамил		15–40 часов

¹ За основу принято время полувыведения вещества из организма.

² Наркотический компонент марихуаны, гашиша, «химки».

в виду, что обнаружение токсического вещества возможно вследствие его синтеза в организме незадолго до смерти (т.н. «летальный» синтез, различные формы эндотоксинов и т.д.). Необнаружение при химическом исследовании токсического вещества возможно из-за химических превращений его в течение отравления и выведении в клинических стадиях интоксикации, из-за неправильного выбора органов и тканей для исследования, ошибок при сохранении и транспортировке материала, а также неполноты и научно-технического несовершенства существующих на сегодняшний день методов химического анализа. Отрицательный результат химико-токсикологического анализа возможен также при пищевых отравлениях бактериальной этиологии. Следовательно, положительный результат химико-токсикологического анализа тканей и органов сам по себе не служит достоверным доказательством отравления, а отрицательный – его исключением.

Процессуальные основы экспертной деятельности

Согласно законодательству Российской Федерации любому случаю насильственной смерти человека (убийство, самоубийство, несчастный случай) должна быть дана юридическая оценка. В случаях убийства (ст. 105 УК РФ), причинения тяжкого вреда здоровью, повлекшего за собой причинение смерти по неосторожности (ст. 111 ч.2 УК РФ), причинения смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ) следователем прокуратуры или милиции возбуждается уголовное дело, по которому производятся различные экспертизы, в том числе – экспертиза трупа. Некриминальные случаи насильственной (самоубийство, несчастный случай), а также ненасильственной (внезапная и скоропостижная вне ЛПУ) смерти, также в обязательном порядке должны быть расследованы правоохранительными органами (участковые милиционеры, дознаватели) и, в случае исключения уголовно наказуемого деяния, ими оформляется так называемый отказной материал, а тело умершего (погибшего) направляется на аутопсию.

Судебно-медицинская экспертиза трупа назначается постановлением лица, производящего дознание, следователя, прокурора, судьи либо определением суда для установления причины смерти, наличия и механизма образования повреждений, а также для решения иных вопросов, изложенных в постановлении (определении) и не выходящих за пределы познаний эксперта. В прочих, не наказуемых уголовно случаях, установление причины смерти проводят в процессе судебно-медицинского или патолого-анатомического исследования трупа по письменному направлению (предложению, отношению) правоохранительных органов. Трупы лиц, умерших скоропостижно вне лечебного учреждения и при жизни не наблюдавшихся врачами, подлежат судебно-медицинскому вскрытию при подозрении на насильственный характер смерти.

Государственная судебно-медицинская экспертная деятельность в Российской Федерации осуществляется медицинскими учреждениями государственной

системы здравоохранения, в числе которых ведущая роль принадлежит Бюро судебно-медицинской экспертизы органов управления здравоохранением субъектов РФ. В Приморском крае это государственное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы Приморского края».

Производство экспертиз осуществляется штатными экспертами бюро в порядке исполнения ими должностных обязанностей. Должность эксперта может занимать гражданин РФ, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последипломную подготовку и аттестацию по специальности «судебно-медицинская экспертиза». Аттестованный работник бюро, проводящий судебную экспертизу в порядке исполнения им должностных обязанностей, именуется Государственным судебным экспертом.

Все другие судебные эксперты, в том числе частные, именуются иными экспертами. Иные эксперты – лица, обладающие специальными знаниями, но не занимающие штатных должностей в Бюро судебно-медицинской экспертизы и привлекаемые для производства судебных экспертиз в качестве судебных экспертов. То есть судебно-медицинская экспертиза в РФ может проводиться вне государственного судебно-экспертного учреждения (Бюро СМЭ) лицом, не являющимся государственным судебно-медицинским экспертом, в роли которого могут выступать, например, преподаватели кафедр судебной медицины вузов, индивидуальные предприниматели, врачи-патологоанатомы и др.

Эксперт дает заключение от своего имени на основании проведенного исследования и несет за него личную ответственность, предусмотренную законодательством РФ. При производстве судебно-медицинской экспертизы эксперт не вправе выходить за пределы своей компетенции, не должен в выводах касаться правовых вопросов.

Порядок производства судебно-медицинских экспертиз осуществляется в соответствии с требованиями УПК РФ, Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», иных законодательных и нормативных правовых актов Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Врач-патологоанатом, волею или неволею ставший первым свидетелем смерти насильственного характера, обязан сообщить руководству лечебно-профилактического учреждения или непосредственно в компетентные органы (прокуратура, милиция), о своих подозрениях, обнаруженных до или во время аутопсии, признаках насильственной смерти. Его дальнейшие действия регламентированы соответствующими должностными инструкциями и приказами. Согласно приказу № 82 от 29.04.1994 г. МЗ РФ «О порядке производства патолого-анатомических вскрытий» при смерти в лечебно-профилактическом учреждении лица, находившегося на лечении и умершего от насильственной смерти или при подозрении на таковую, либо при обстоятельствах, указывающих на ненадлежащее исполнение медицинским персоналом своих

должностных и профессиональных обязанностей, главный врач учреждения обязан известить об этом правоохранительные органы для решения вопроса о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа.

При обнаружении признаков насильственной смерти патологоанатом должен прекратить вскрытие, заведующий патолого-анатомическим отделением – известить об этом через главного врача правоохранительные органы с целью назначения судебно-медицинской экспертизы. Кроме того, специалист должен принять меры к сохранению органов и тканей трупа. Судебно-медицинская экспертиза может быть поручена тому же патологоанатому либо судебно-медицинскому эксперту с передачей ему оформленного протокола патолого-анатомического исследования с обоснованием мотивов передачи трупа для судебно-медицинского исследования (экспертизы). Судебно-медицинскую экспертизу проводят в судебно-медицинском морге или морге лечебно-профилактического учреждения.

Из всего вышеизложенного следует:

- врач-патологоанатом обязан извещать руководство лечебно-профилактических учреждений о случаях обнаружения признаков насильственной смерти, не исключается возможность самостоятельного оповещения сотрудников правоохранительных органов;
- врач-патологоанатом может быть привлечен к производству судебно-медицинской экспертизы только на основании постановления правоохранительных органов; при этом он выступает в роли врача-эксперта;
- врач-патологоанатом может быть привлечен к производству судебно-медицинского (патолого-анатомического) исследования трупа на основании письменного направления (предложения, отношения) правоохранительных органов; при этом он выступает в роли врача-специалиста;
- любые иные варианты производства судебно-медицинских экспертиз (исследований) трупов неправомерны и могут расцениваться как превышение должностных полномочий.

Извлечение из приказа МЗ РФ № 161 от 24 апреля 2003 г. «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы»

2.3.2. Взятие объектов для проведения экспертных исследований в судебно-химическом отделении.

2.3.2.1. С целью обнаружения и количественного определения ядовитых веществ для судебно-химического исследования изымают и направляют различные внутренние органы, кровь и мочу с учетом природы предполагаемого яда и путей введения его в организм, распределения, путей и скорости выведения, длительности течения интоксикации и лечебных мероприятий. Направляют также рвотные массы, первые порции промывных вод, остатки лекарственных и химических веществ, пищи, напитков и другие объекты.

Внутренние органы и биологические жидкости направляют в количествах, достаточных для проведения судебно-химического исследования, с учетом того, что одна треть материала должна остаться в архиве для проведения повторных анализов.

2.3.2.2. При подозрении на отравление ядовитым веществом направляют комплекс внутренних органов: содержимое желудка, одну треть печени, желчь, одну почку, а также всю мочу (не более 200 мл) и 200 мл крови:

- каждый орган, кровь, мочу помещают в отдельные чистые и сухие стеклянные банки;
- при подозрении на введение яда через влагалище или матку необходимо дополнительно взять в отдельные банки матку и влагалище;
- при подозрении на подкожное или внутримышечное введение – участок кожи и мышцы из зоны предполагаемого места введения вещества;
- при подозрении на ингаляционное отравление – легкое из наиболее полнокровных участков и головной мозг – по 300 г;
- при обнаружении в содержимом желудка крупинок, кристаллов, таблеток какого-либо вещества они также должны быть направлены на судебно-химическое исследование.

2.3.2.2.1. При подозрении на отравление этанолом – кровь, мочу в количестве 10–20 мл (в посуду, заполненную под пробку); кровь берут пипеткой или шприцем из крупных вен конечностей или синусов твердой мозговой оболочки. При невозможности направить кровь, мочу берут мышечную ткань около 100 г.

2.3.2.2.2. Наркотическими средствами и психотропными веществами: в обязательном порядке – кровь, мочу, желчь.

2.3.2.2.3. Кислотами и едкими щелочами – глотку, трахею и пищевод, стенки желудка с содержимым и участки кожи со следами действия яда.

2.3.2.2.4. Летучими хлорорганическими веществами (хлороформ, хлоралгидрат, четыреххлористый углерод, дихлорэтан, хлорорганические пестициды и другие галогенопроизводные) – часть сальника, 200 г головного мозга, кровь, мочу, печень, почку.

2.3.2.2.5. Метиловым спиртом – головной мозг, печень, почку – по 100 г, кровь, мочу – по 10–20 мл.

2.3.2.2.6. Гликозидами – одну треть печени с нескрытым желчным пузырем, ткани из места инъекции, законсервированные этанолом из-за быстрого разложения гликозидов.

2.3.2.2.7. Фосфорорганическими соединениями – обязательно кровь для определения активности холинэстеразы.

2.3.2.2.8. Солями ртути – волосы, ногти, печень, почку.

2.3.2.2.9. При хроническом отравлении соединениями свинца, таллия, мышьяка – волосы, ногти, плоские кости, печень, почку.

2.3.2.2.10. Окисью углерода – кровь (10–20 мл).

2.3.2.2.11. Метгемоглобинообразующими ядами (ферроцианиды, анилин, нитробензол, перманганат калия, формальдегид, хроматы, метиленовый синий, ацетальдегид) – кровь на метгемоглобин.

2.3.2.2.12. Грибами и ядовитыми растениями – непереваренные кусочки грибов и растений из содержимого желудка и кишечника, рвотные массы и промывные воды.

2.3.2.3. Внутренние органы извлекают после наложения двойных лигатур на пищевод, желудок, кишечник – для предотвращения механического перемещения их содержимого.

2.3.2.4. Органы нельзя обмывать водой и загрязнять химическими веществами или механическими примесями. Органы помещают в стеклянную посуду (сухие широкогорлые банки). Использование металлической или керамической посуды запрещается.

2.3.2.5. Судебно-медицинский эксперт должен следить за тем, чтобы яд не был удален из трупа и не попал извне. Поэтому до вскрытия необходимо тщательно вымыть секционный стол, инструменты, перчатки, а во время вскрытия не пользоваться водой и другими жидкостями.

2.3.2.6. Банки следует мыть раствором соды или горчицы, тщательно ополаскивать чистой водой, а затем дистиллированной водой и высушивать в сушильном шкафу.

2.3.2.7. Объекты исследования консервируют только при подозрении на отравление сердечными гликозидами. Для фиксации используют спирт-ректификат, уровень которого над внутренними органами в банках должен быть не менее 1 см. Одновременно в судебно-химическое отделение направляют контрольную пробу спирта в количестве 300 мл, взятую из той же тары, что и для консервирования.

2.3.2.8. Банки герметически закрывают, на каждую наклеивают этикетку с необходимыми записями и помещают в опечатанный полиэтиленовый пакет или контейнер, который немедленно пересылают для исследования;

- при подозрении на отравление этанолом задержка с транспортировкой материала может послужить причиной недостоверных результатов его количественного определения.

2.3.2.8.1. Одновременно в судебно-химическое отделение направляют копию постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа;

- направление врача – судебно-медицинского эксперта с основными данными исследования трупа, включая диагноз.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Гуляев В. А., Автандилов Г. Г., Филатов В. В. Принципы формулирования диагнозов с учетом требований международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) // Военно-медицинский журнал. 2000. № 12. С. 18–22.
- Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патолого-анатомического диагнозов: справочник. М.: Медицинское информационное агентство, 2008. 424 с.
- Здоровье населения и здравоохранение Приморского края в 2008 году: информационно-статистический справочник. Владивосток: ПК МИАЦ, 2009. 88 с.
- Инструкция по использованию международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра. М.: МЗ РФ, 1998. 49 с.
- Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины: методическое пособие / сост.: Какорина Е. П., Максимова М. В., Мишнев О. Д. М.: МЗ РФ, 2002. 41 с.
- Каминский Ю. В. Патолого-анатомическая служба в Азиатско-Тихоокеанском регионе. Владивосток: Медицина ДВ, 2004. 160 с.
- Лужников Е. А. Клиническая токсикология. М.: Медицина, 1994. 256 с.
- Наркология / Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. М., Хайман С. Е. / пер. с англ. СПб.: Невский диалект, 2000. 230 с.
- Некачалов В. В. Ятрогения (патология диагностики и лечения): пособие для врачей. СПб., 1998. 42 с.
- Новоселов В. П. Диагностика отравлений наркотическими и психотропными веществами. Судебно-медицинские, социально-гигиенические и организационные аспекты. Новосибирск, 2005. 212 с.
- О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти. Письмо Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178.

- Острые отравления алкоголем и его суррогатами / под ред. Ю. Ю. Бонитенко. СПб.: ЭЛБИ, 2005. 224 с.
- Пальцев М. А., Коваленко В. Л., Аничков Н. М. Руководство по биопсийно-секционному курсу: учебное пособие. М.: Медицина, 2002. 256 с.
- Патолого-анатомическая диагностика основных форм туберкулеза (по данным секционных исследований) / Ерохин В. В., Гедымин Л. Е., Земскова З. С. и др.: метод. рекомендации Центрального НИИ туберкулеза РАМН. М., 2008 // Проблемы туберкулеза. 2008. № 7. С. 54–64.
- Построение судебно-медицинского диагноза, клинико-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений / Саркисян Б. А., Янковский В. Э., Зорькин А. И. и др.: метод. пособие для суд.-мед. экспертов. Барнаул, 2003. 122 с.
- Принципы построения заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов при материнской смертности: методические указания МЗ РФ и НИИ морфологии человека РАМН № 2001/193. М., 2001. 32 с.
- Рыков В.А. Справочник патологоанатома. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. 256 с.
- Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патолого-анатомических) исследований и патолого-анатомических услуг в здравоохранении: сб. нормативно-методических документов / под ред. Р. У. Хабриева, М. А. Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007. 480 с.
- Учебно-методическое пособие по патологической анатомии и биопсийно-секционному курсу / Каминский Ю. В., Тимошенко В. С., Полушин О. Г. и др. Владивосток: Медицина ДВ, 2005. 400 с.

Учебное издание

Полушин Олег Геннадьевич

Горелик Максим Зимулович

Колесников Виктор Иванович

и др.

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

Учебное пособие для врачей

Редактор Ю. В. Каминский

Корректор О. Н. Мишина

Подписано в печать 18.03.2010.

Формат 60×90/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 12. Тираж 500 экз. Заказ № 900

Издательство «Медицина ДВ»

690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 4.

Отпечатано в ОАО «ИПК «Дальпресс»

690600 г. Владивосток, пр-т «Красного знамени», 10