

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПРИЧИН СМЕРТИ

Тишук Е.А. – зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор

Анализ причин смерти является ключевым звеном механизма оценки здоровья населения страны. От качества выбора и кодирования диагнозов патологии, приведшей к смерти, напрямую зависит результативность использования данной информации в качестве основы для планирования и прогнозирования сил и средств здравоохранения.

Предметом отдельного разговора является обсуждение достоинств и недостатков прочих используемых в той или иной мере в практике отечественного здравоохранения методов получения информации о состоянии общественного здоровья в виде заболеваемости по обращаемости населения за медицинской помощью, данных социологических опросов, материалов медицинских осмотров, но очевидным представляется преимущество именно анализа причин смерти.

Последнее заключается, прежде всего, во всеобщности охвата статистическим учетом всех единиц наблюдения, так как неучтенных случаев смерти не бывает не только в экономически развитом мире, но и в странах, находящихся на ранних этапах становления своей государственности.

Другим немаловажным обстоятельством такого рода является международная унификация записи причин смерти, которая строго регламентируется каждым очередным пересмотром Международной статистической классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (в настоящее время – это Десятый пересмотр 1989 года (МКБ-10)). Всякий национальный документ, удостоверяющий случай смерти, может содержать любые позиции, которые необходимы для нужд управления здравоохранением конкретной страны, но пункт, регламентирующий запись причины смерти, обязан точно соответствовать образцу, приведенному во II томе МКБ-10.

Именно поэтому данный метод учета патологии является стержневым в практике ВОЗ, которая в своей информационно-аналитической деятельности бази-

руется, прежде всего, на статистике причин смерти, сведения о которых собираются данной международной организацией у входящих в нее стран в регулярном и обязательном порядке.

Существующая в нашей стране медико-статистическая форма учета причин смерти в виде Медицинского свидетельства о смерти (уч.ф. №106/у-08), утвержденная приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 26.12.2008 №782 (см. Приложение), также не является в этом ряду исключением (7).

Рекомендуемая ВОЗ форма записи исходит из того, что для предотвращения смерти необходимо прервать цепь болезненных процессов или оказать на определенном этапе медицинскую помощь. Наиболее эффективная мера в рамках общественного здравоохранения заключается в том, чтобы помешать возможной причине смерти проявить свое действие. В этой связи, в части I медицинского свидетельства следует указывать цепь событий, непосредственно приведших к смерти, а в части II – состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с ее основной причиной.

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

Предусматриваемая пунктом 19 Медицинского свидетельства о смерти (уч.ф. №106/у-08) форма записи причин смерти точно таким же образом состоит из частей I и II.

Часть I включают в себя строки Ia, Ib, Iv и Ig. **Первоначальная, или основная,** причина смерти, представляющая собой состояние, ставшее началом патогенетической цепочки, приведшей в результате через последовательность диагнозов к

непосредственной причине смерти, или **механизму** смерти, записывается последней в части I. При этом непосредственная причина смерти записывается первой в строке Ia. Строка Ig отводится для записи **внешней** причины смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и т.д.), если таковая имеется.

Часть II предназначена для записи **сопутствующей патологии**, т.е. состояний, связи с патогенетической последовательностью, приведшей к смерти, не имеющих, но в силу тяжести на наступление смерти влияние имеющих.

Если имело место только одно явление в цепи болезненных процессов, что на практике бывает нечасто, достаточно записи на строке "а" в части I свидетельства.

Если указано больше одной причины смерти, то первым шагом в выборе основной, или первоначальной причины смерти является определение исходной предшествующей причины, указанной на нижней заполненной строке части I медицинского свидетельства о причине смерти путем использования Общего принципа или Правил выбора.

При некоторых обстоятельствах МКБ допускает замену исходной причины другой, более подходящей для обозначения первоначальной причины смерти при статистической разработке. Например, имеется ряд рубрик для обозначения комбинаций состояний, или предпочтение может быть отдано другим состо-

яниям, указанным в свидетельстве, в силу имеющихся **первостепенных** причин.

В годы, близкие ко времени перехода нашей страны на очередной, Десятый пересмотр МКБ, который имел место в 1999 году, было разработано и выпущено большими тиражами достаточное количество методической литературы по самому широкому спектру вопросов, связанных с освоением медицинской общественностью страны данного документа (8, 9, 10). В том числе издательством "Медицина" был издан массовым тиражом трехтомник самой Классификации на русском языке.

Но по прошествии времени происходит естественный износ и убыль литературы, даже напечатанной типографиями в расчете на перспективу в износостойчивой обложке. Тем более, что повторного издания МКБ-10 в течение последнего десятилетия не было и нет признаков того, что такое мероприятие планируется.

В этой связи, представляется необходимым еще раз напомнить занимающимся выбором и кодированием причин смерти специалистам клиницистам и медицинским статистикам об основных правилах, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения.

Здесь и далее формулировка правил представляет из себя точные цитаты и выдержки из утвержденной ВОЗ Международной классификации Десятого пересмотра (1).

Общий принцип

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

Пример:

I	a	Абсцесс легкого
	b	Долевая пневмония
	c	
	d	
II		

Выбирают долевую пневмонию.

Примечание: Здесь и далее конкретные примеры приведены из т. II (Сборник инструкций) МКБ-10.

Пример:

I	a	Печеночная недостаточность
	b	Закупорка желчного протока
	c	Рак головки поджелудочной железы
	d	
II		

Выбирают рак головки поджелудочной железы

Пример:

I	a	Кровоизлияние в мозг
	b	Гипертензия
	c	Хронический пиелонефрит
	d	Аденома предстательной железы
II		

Выбирают аденому предстательной железы.

Пример:

I	a	Травматический шок
	b	Множественные переломы
	c	
	d	Наезд грузовика на пешехода
II		

Выбирают наезд грузовика на пешехода.

Пример:

I	a	Бронхопневмония
	b	
	c	
	d	
II		Вторичная анемия и хронический лимфатический лейкоз

Выбирают бронхопневмонию.

Правило 1

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

Пример:

I	a	Бронхопневмония
	b	Инфаркт мозга и гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Варикозное расширение вен пищевода и застойная сердечная недостаточность
	b	Хроническая ревматическая болезнь сердца и цирроз печени
	c	
	d	
II		

Выбирают цирроз печени. Последовательность, закончившаяся возникновением состояния, указанного в свидетельстве первым, – это варикозное расширение вен пищевода, вызванное циррозом печени.

Пример:

I	a	Острый инфаркт миокарда
	b	Атеросклеротическая болезнь сердца
	c	Грипп
	d	
II		

Выбирают атеросклеротическую болезнь сердца. Зарегистрированную последовательность событий, закончившихся состоянием, которое указано в свидетельстве первым, составляет острый инфаркт миокарда вследствие атеросклеротической болезни сердца.

Пример:

I	a	Перикардит
	b	Уремия и пневмония
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Инфаркт мозга и застойная пневмония
	b	Гипертензия и диабет
	c	атеросклероз
	d	
II		

Выбирают атеросклероз. Есть две последовательности, которые привели к возникновению состояния, указанного в свидетельстве первым: инфаркт мозга вследствие гипертензии, вызванной атеросклерозом, и инфаркт мозга, вызванный диабетом. Выбирают исходную причину первой из упомянутых последовательностей.

Правило 2

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

Пример:

I	a	Пернициозная анемия и гангрена стопы
	b	Атеросклероз
	c	
	d	
II		

Выбирают пернициозную анемию. Не приведена последовательность, вызвавшая возникновение состояния, указанного в свидетельстве первым.

Пример:

I	a	Ревматическая и атеросклеротическая болезнь сердца
	b	
	c	
	d	
II		

Выбирают ревматическую болезнь сердца. В данном случае отсутствует последовательность состояний, оба состояния находятся на одной и той же строке.

Пример:

I	a	Кистозный фиброз поджелудочной железы
	b	Бронхит и бронхоэктазия
	c	
	d	
II		

Выбирают кистозный фиброз поджелудочной железы. В данном случае отсутствует последовательность событий.

Пример:

I	a	Старость и застойная пневмония
	b	Ревматоидный артрит
	c	
	d	
II		

Выбирают старость. Здесь приведена последовательность событий: застойная пневмония, вызванная ревматоидным артритом, но эта последовательность не заканчивается состоянием, указанным в свидетельстве первым.

Пример:

I	a	Бурсит и язвенный колит
	b	
	c	
	d	
II		

Выбирают бурсит. В данном случае не указана последовательность событий.

Пример:

I	a	Острый нефрит, скарлатина.
	b	
	c	
	d	
II		

Выбирают острый нефрит. В данном случае не указана последовательность событий.

Правило 3

Если состояние, выбранное согласно Общему принципу или Правилам I и II, явно является прямым следствием другого состояния, указанного в части I или II, выбирают это первичное состояние.

Предполагаемые прямые последствия другого состояния:

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

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

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

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

или тромбоз сосудов головного мозга и полиомиелит), а также инфекционных болезней и необычных травм.

Любое состояние, описанное или уточненное как "эмболическое", может рассматриваться как прямое следствие венозного тромбоза, флебита или тромбоза, клапанных пороков сердца, мерцания предсердий, родов или любой операции.

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

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

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

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

Обезвоживание можно рассматривать как следствие любой кишечной инфекции.

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

Пример:

I	a	Саркома Капоши
	b	СПИД
	c	
	d	
II		

Выбирают ВИЧ-инфекцию, которая вызвала саркому Капоши.

Пример:

I	a	Рак яичника
	b	ВИЧ-инфекция
	c	
	d	
II		

Выбирают злокачественное новообразование яичника

Пример:

I	a	Туберкулез
	b	ВИЧ-инфекция
	c	
	d	
II		

Выбирают ВИЧ-инфекцию, которая привела к возникновению микобактериальной инфекции

Пример:

I	a	Церебральный токсоплазмоз и опоясывающий лишай
	b	Лимфома Беркитта, ВИЧ-инфекция
	c	
	d	
II		

Выбирают ВИЧ-инфекцию. Церебральный токсоплазмоз, выбранный согласно Правилу 2, можно рассматривать как прямое следствие ВИЧ-инфекции.

Пример:

I	a	Бронхопневмония
	b	
	c	
	d	
II		Вторичная анемия и хронический лимфолейкоз

Выбирают хронический лимфолейкоз. Бронхопневмонию, выбранную согласно Общему принципу, и вторичную анемию можно рассматривать как прямое следствие хронического лимфолейкоза.

Пример:

I	a	Кровоизлияние в мозг
	b	Гипертензия
	c	Хронический пиелонефрит и закупорка протока предстательной железы
	d	
II		

Выбирают закупорку протока предстательной железы. Хронический пиелонефрит, выбранный согласно Правилу 1, можно рассматривать как прямое следствие этого состояния.

Пример:

I	a	Острый нефрит, скарлатина
	b	
	c	
	d	
II		

Выбирают скарлатину. Острый нефрит, выбранный согласно правилу 2, можно рассматривать как прямое следствие скарлатины.

Пример:

I	a	Нефрэктомия
	b	
	c	
	d	
II		Светлоклеточный рак почки

Выбирают светлоклеточный рак почки. Нет сомнения в том, что нефрэктомия была произведена по поводу злокачественной опухоли почки.

Пример:

I	a	Острая анемия
	b	Кровавая рвота
	c	Кровотечение из варикозных вен пищевода
	d	Портальная гипертензия
II		Цирроз печени

Выбирают цирроз печени. Портальную гипертензию, выбранную согласно Общему принципу, можно рассматривать как прямое следствие цирроза печени.

Пример:

I	a	Застойная пневмония
	b	Кровоизлияние в головной мозг и рак молочной железы
	c	
	d	
II		

Выбирают кровоизлияние в головной мозг. Застойную пневмонию, выбранную согласно Правилу 2, можно рассматривать как прямое следствие любого из указанных состояний. Выбирают первое из указанных состояний.

Пример:

I	a	Инфаркт легкого
	b	
	c	
	d	
II		Левосторонняя пневмонэктомия по поводу рака легкого, произведенная 3 нед. назад

Выбирают рак легкого.

Модификация выбранной причины

Отобранная причина смерти не всегда может оказаться патологическим состояни-

ем, наиболее полезным и информативным для статистической разработки данных. Например, если в качестве первоначальной

причины была выбрана старость или какая-то генерализованная болезнь, скажем, гипертензия или атеросклероз, это будет менее полезная информация, чем та, которую можно было бы получить, отобрав какое-либо проявление или результат старения или болезни. Иногда бывает необходимо модифицировать выбор, чтобы он соответствовал положениям классификации болезни, отдав предпочтение единому коду для двух или более указанных причин или выбо-

ру определенной причины, когда она указана совместно с некоторыми другими состояниями.

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

Правило А

(Старость и другие неточно обозначенные состояния)

Если выбранная причина относится к классу XVIII (Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), за исключением рубрики R95 (Внезапная смерть грудного ребенка), и в свидетельстве указано состояние, классифицированное в других рубриках, кроме рубрик R00-R94 или R96-R99, то проводят повторный выбор причины смерти, как если бы состояние, классифицированное в классе XVIII, не было записано в свидетельстве, за исключением упомянутых случаев, принимая при этом во внимание изменение кода под влиянием этого состояния.

Пример:

I	a	Старость и застойная пневмония
	b	Ревматоидный артрит
	c	
	d	
II		

Кодируют ревматоидный артрит. Старость, выбранную согласно правилу 2, не принимают во внимание и применяют Общий принцип

Пример:

I	a	Анемия
	b	Спленомегалия
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Дегенерация миокарда
	b	Эмфизема
	c	старость
	d	
II		

Кодируют дегенерацию миокарда. Старость, выбранную согласно Общему принципу, не принимают во внимание и применяют Правило 2.

Пример:

I	a	Кашель и кровавая рвота
	b	
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Терминальная пневмония
	b	Распространяющаяся гангрена
	c	Инфаркт мозга
	d	
II		

Кодируют инфаркт мозга. Гангрену, выбранную согласно Правилу 1, не принимают во внимание и применяют Общий принцип.

Правило Б

(Банальные состояния)

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

Пример:

I	a	Кариес зубов
	b	
	c	
	d	
II		Остановка сердца

Кодируют остановку сердца. Кариес зубов, выбранный согласно Общему принципу, не принимают во внимание.

Пример:

I	a	Вросший ноготь пальца стопы и острая почечная недостаточность.
	b	
	c	
	d	
II		

Кодируют острую почечную недостаточность. Вросший ноготь пальца стопы, выбранный согласно Правилу 2, не принимают во внимание.

Пример:

I	a	Кровотечение во время хирургической операции
	b	Тонзилэктомия
	c	Гипертрофия миндалин
	d	
II		

Кодируют кровотечение во время хирургической операции.

Пример:

I	a	Бурсит и язвенный колит
	b	
	c	
	d	
II		

Кодируют язвенный колит. Бурсит, выбранный согласно Правилу 2, не принимают во внимание.

Пример:

I	a	паронихия
	b	
	c	
	d	
II		столбняк

Кодируют столбняк. Паронихию, выбранную согласно Общему правилу, не принимают во внимание.

**Правило В
(Связанные состояния)**

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

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

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

Пример:

I	a	Непроходимость кишечника
	b	Бедренная грыжа
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Блокада правой ножки пучка Гиса и болезнь Шагаса
	b	
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Острый инфаркт миокарда
	b	Атеросклеротическая болезнь сердца
	c	грипп
	d	
II		

Кодируют острый инфаркт миокарда. Атеросклеротическую болезнь сердца, выбранную согласно Правилу 1, связывают с острым инфарктом миокарда.

Пример:

I	a	Инфаркт мозга и застойная пневмония
	b	Гипертензия и диабет
	c	Атеросклероз
	d	
II		

Кодируют инфаркт мозга. Атеросклероз, выбранный согласно Правилу 1, связывают с гипертензией, которую, в свою очередь, связывают с инфарктом мозга.

Пример:

I	a	Дилатация сердца и склероз почек
	b	Гипертензия
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Инсульт
	b	Атеросклероз и гипертоническая болезнь
	c	Поражение сердца
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Инсульт и гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца
	b	
	c	Атеросклероз
	d	
II		

Кодируют инсульт. Атеросклероз, выбранный согласно Общему принципу, связывают с инсультом, так как это состояние было бы выбрано согласно Правилу 2, если бы не был указан атеросклероз.

Пример:

I	a	Вторичная полицитемия
	b	Эмфизема легких
	c	Хронический бронхит
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Дилатация сердца
	b	Гипертензия
	c	Атрофия почек
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Бронхопневмония аспирационная
	b	Судороги
	c	Туберкулезный менингит
	d	
II		Туберкулез легких

Кодируют туберкулез легких. Туберкулезный менингит, выбранный согласно Общему принципу, не следует использовать при упоминании о туберкулезе легких.

Пример:

I	a	Перелом затылочной кости
	b	Падение в результате эпилептического припадка
	c	
	d	
II		

Кодируют эпилептический припадок. Падение, выбранное согласно Правилу 1, связывают с эпилептическим припадком.

Пример:

I	a	Остановка сердца
	b	Болезнь Шагаса
	c	
	d	
II		

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

**Правило Г
(Специфичность)**

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

Пример:

I	a	Инфаркт мозга
	b	Инсульт
	c	
	d	
II		

Кодируют инфаркт мозга (I63.9).

Пример:

I	a	Ревматическая болезнь сердца, стеноз митрального клапана
	b	
	c	
	d	
II		

Кодируют ревматический митральный стеноз (I05.0).

Пример:

I	a	Менингит
	b	Туберкулез
	c	
	d	
II		

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

Пример:

I	a	Тяжелая гипертензия при беременности
	b	
	c	
	d	
II		Эклампсические судороги

Кодируют эклампсию (Q15.0).

Пример:

I	a	Аневризма аорты
	b	Сифилис
	c	
	d	
II		

Кодируют сифилитическую аневризму аорты (A52.0).

Пример:

I	a	Перикардит
	b	Уремия и пневмония
	c	
	d	
II		

Кодируют уремический перикардит (N18.8). Уремия, выбранная согласно Правилу 1, модифицирует перикардит.

Правило Д

(Ранние и поздние стадии болезни)

Если выбранной причиной является ранняя стадия болезни и в свидетельстве указана также более поздняя стадия той же болезни, необходимо кодировать более позднюю стадию болезни. Это правило не применяется в отношении хронических форм, указанных в свидетельстве как следствие «острого состояния», за исключением случаев, которые оговорены в классификации специальными инструкциями.

Пример:

I	a	Третичный сифилис
	b	Первичный сифилис
	c	
	d	
II		

Кодируют третичный сифилис (A52.9).

Пример:

I	a	Эклампсия во время беременности
	b	Преэклампсия
	c	
	d	
II		

Кодируют эклампсию во время беременности (O15.0).

Пример:

I	a	Хронический миокардит
	b	Острый миокардит
	c	
	d	
II		

Кодируют острый миокардит (I40.9).

Пример:

I	a	Хронический нефрит
	b	Острый нефрит
	c	
	d	
II		

Кодируют хронический нефрит неуточненный (N03.9), поскольку существует специальная инструкция о таком сочетании.

Правило Е

(Последствия)

Если выбранной причиной является ранняя форма патологического состояния, для которого в классификации предусмотрены самостоятельные рубрики «Последствия...» и очевидно, что смерть вызвана остаточными явлениями этого состояния, а не его острой стадией, кодируют соответствующей рубрикой «Последствия...» данного состояния.

Для «Последствий...» предусмотрены следующие рубрики: B90-B94, E64-E68, G09, O97, и Y85-89.

Пример:

I	a	Фиброз легких
	b	Перенесенный туберкулез легких
	c	
	d	
II		

Кодируют последствия туберкулеза органов дыхания (B90.9).

Пример:

I	a	Бронхопневмония
	b	Искривление позвоночника
	c	Рахит, перенесенный в детстве
	d	
II		

Кодируют последствия рахита (E64.3).

Пример:

I	a	Гидроцефалия
	b	Туберкулезный менингит
	c	
	d	
II		

Кодируют последствия туберкулезного менингита ((B90.0).

Пример:

I	a	Застойная пневмония
	b	Гемиплегия
	c	Инсульт (10 лет назад)
	d	
II		

Кодируют последствия инсульта (I69.4)

Пример:

I	a	Хронический нефрит
	b	Скарлатина
	c	
	d	
II		

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

Известно, что никакое заболевание никогда не протекает в организме в чистом хрестоматийном виде. Всякий патологический процесс всегда является множественным и сочетанным, находящимся в состоянии сложнейшей взаимозависимости с поражениями других систем и органов, с осложнениями и сопутствующими состояниями, что необходимо прежде всего учитывать при построении клинической тактики в каждом конкретном случае.

Помимо этого, знание устойчивых сочетаний заболеваний важно также для использования в качестве основы при формировании стандартов оказания медицинской помощи населению. Но этого не делается, и огромная серия разработанных и утвержденных Министерством в течение последнего десятилетия стандартов опирается на картину "идеальной" патологии, не связанной с множеством реальных осложнений и сопутствующих состояний, чего в природе не бывает. Понятно, что в силу только лишь упомянутого недостатка несостоятельность стандартов совершенно очевидна, что убедительно продемонстрировано самой практикой их применения.

Таким же образом, нет свидетельств и того, что в утверждаемых в настоящее время Порядках оказания медицинской помощи при конкретных видах патологии при расчете нагрузки врачей и других нормативных показателях учитывается трудоемкость услуг, связанная с отягощенностью патологии множественными состояниями.

В то же время, в хорошо известном не только специалистам и блестяще зарекомендовавшем себя в мировом масштабе примере стандартизации патологии в виде Диагностически Связанных Групп (DRG), осуществленном в 1978 году в практике здравоохранения Соединенных Штатов Америки, учитывается только очень узкий перечень признаков, влияющих на ресурсоемкость нозологических единиц, в виде диагноза, возраста больного, оперативного вмешательства, а также осложнений и сопутствующей патологии (3).

Не случайным совершенно является то обстоятельство, что в этом очень небольшом перечне признаков присутствует именно фактор осложнений (complications) и сопутствующей па-

тологии (comorbidities), поскольку влияние их на стоимость оказываемых медицинских услуг представляется огромным.

Впервые в отечественной практике исследование проблемы множественных состояний было предпринято нами на основе высокой степени статистической достоверности (4, 5,6). Принято считать, что изучение редко встречающейся в народонаселении патологии возможно при условии использования группы населения в 110–120 тыс. чел. (2). Нами же была использована сплошная выборка всех умерших в городе с населением в 434 тыс. чел., что обеспечило многократную степень статистической достоверности выводов и позволило заложить фундаментальные теоретические основы для полномасштабного анализа вопросов сочетанности и множественности состояний на примере причин смерти.

Помимо прочего, в данном случае нами были разработаны стандарты множественных состояний, что создало предпосылки для практического применения в части определения затрат сил и средств здравоохранения для каждого вида патологии.

Всемирной организацией здравоохранения рекомендован большой перечень типовых аналитических таблиц и алгоритмов расчета, позволяющих получить статистическую картину патологии в зависимости от ее роли и места в наступлении смерти. Известно, в частности, что какие-то нозологические формы доминируют в качестве первоначальной, или основной, причины, другие чаще встречаются в роли сопутствующих состояний. Например, сахарный диабет фигурирует в качестве сопутствующей патологии приблизительно у 12% умерших, в то же время, первоначальной причиной, приводящей к смерти, данная нозология служит лишь в 0,3–0,5% случаев смерти. Примеров такого рода можно привести множество.

Кроме того, такого рода таблицы широко используются и для получения социально-гигиенической картины патологии на территории. В частности, незаменимым для планирования сил и средств здравоохранения является выяснение многофакторной зависимости патологии и других представленных в

свидетельстве (сертификате) о смерти позиций в виде возраста, пола, семейного положения, уровня образования и т.д. Немаловажное значение для организации здравоохранения имеют и позиции, раскрывающие место наступления смерти, медицинского работника, констатировавшего смерть, других обстоятельств смерти.

В то же время, статистической разработкой причин смерти в нашей стране занимается не медицинская, а государственная статистика в лице органов Росстата. Последние на основе медицинских свидетельств о смерти формируют свои отчетные формы С-51 и С-52, в которых представлены только первоначальные, или основные, причины смерти населения в разрезе возраста и пола. Все другие позиции, наличествующие в данном учетном документе, игнорируются и не используются вовсе.

Органы Росстата можно понять – перед ними стоит задача ответить лишь на общие народнохозяйственные вопросы относительно наличия и прогнозов трудовых и мобилизационных ресурсов. Для этого данных о возрасте, поле и основной причине смерти действительно достаточно. Но в результате пропадает огромный пласт медико-статистической информации, на анализе которой в других экономически развитых странах как раз и строится эпидемиологическая картина патологии на территории.

В прежние годы создание и поддержание углубленного мониторинга причин в значительной степени сдерживалось недостаточной информационно-аналитической базой. Но и сейчас в Плате мероприятий по реализации Концепции создания информационной системы в здравоохранении до 2020 года места для решения этой достаточно важной проблемы не нашлось. Как и раньше анализ причин смерти остается сферой деятельности научно-исследовательских работ и в сеть здравоохра-

нения на уровне постоянного углубленного отслеживания смертности эта проблема так и не шагнула.

Выводы

Владение лечащими врачами методическими навыками выстраивания и записи составляющих элементов клинического диагноза является необходимым условием обеспечения вдумчивого и часто самодисциплинирующего подхода к формированию лечебных мероприятий и повышению их качества.

Кроме того, углубленный анализ и постоянное отслеживание причин смерти на местном, региональном и федеральном является совершенно необходимым для планирования сил и средств здравоохранения, подобно тому, как это делается во всех экономически развитых странах.

В этой связи, в статье приводится методический инструментарий, помогающий врачам-клиницистам правильно, с опорой на рекомендации Всемирной организации здравоохранения систематизировать множественные состояния в части причин смерти.

Список использованной литературы

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Том I, II, III (русскоязычный вариант), Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1995.
2. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л., 1974.
3. Овчаров В.К., Тишук Е.А. Перспективы использования метода диагностически связанных групп клинко-статистических групп в советском здравоохранении // Советское здравоохранение. - 1990. - № 11, С.3-7.
4. Овчаров В.К., Тишук Е.А. К проблеме достоверности статистики причин смерти населения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1994. - № 2 - С. 19-22.
5. Овчаров В.К., Тишук Е.А. К проблеме множественных причин смерти // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1994. - №3 - С.7-10.
6. Овчаров В.К., Тишук Е.А. Медико-статистические стандарты причин смерти // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1994. - № 4 - С.20-25.
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 № 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти".
8. Тишук Е.А. Состояние и итоги перехода здравоохранения России на МКБ-10 // Здравоохранение Российской Федерации. - 1999. - № 4 - С. 12-14.
9. Тишук Е.А. Здравоохранение России переходит на новую классификацию болезней // Врач. - 1999. - № 11.
10. Тишук Е.А. К вопросу о переходе здравоохранения России на МКБ-10 Бюлл. НИИ им. Н.А.Семашко (тематический выпуск), М., 1999, С.165-168.