



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздравсоцразвития России)

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., 3, г. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: 628-44-53, факс: 628-50-58

26 АПР 2011

№

14-9/40/2-4150

На №

от

Об особенностях кодирования
некоторых заболеваний
класса IX МКБ-10

Руководителям
органов исполнительной
власти субъектов Российской
Федерации в сфере
здравоохранения

Руководителям службы
медицинской статистики
органов исполнительной
власти субъектов Российской
Федерации в сфере
здравоохранения

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет для использования в работе рекомендации по кодированию некоторых заболеваний класса IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10.

Приложение: на 23 л. в 1 экз.



В.И. Скворцова

Александрова Г.А., 645-62-52, доп. 14-91
25.04.2011



Рекомендации по кодированию некоторых заболеваний из класса IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10

Международная статистическая классификация болезней (МКБ) является единым нормативным документом для формирования системы учета заболеваемости и смертности, а также средством для обеспечения достоверности и сопоставимости статистических данных в здравоохранении.

Структура МКБ-10

Классификация построена по иерархическому принципу: класс, блок, рубрика, подрубрика.

Сердцевиной международной классификации болезней является трехзначный код, являющийся обязательным уровнем кодирования данных о смертности для предоставления в ВОЗ, а также для проведения международных сравнений.

В отличие от предыдущих пересмотров, в МКБ-10 вместо цифрового применен буквенно-цифровой код с буквой английского алфавита в качестве первого знака и цифрой во втором, третьем и четвертом знаке кода. Четвертый знак следует за десятичной точкой. Номера кодов имеют диапазон от A00.0 до Z99.9. Четвертый знак не является обязательным для представления данных на международном уровне, его используют во всех медицинских организациях.

Трехзначный код МКБ-10 называется трехзначной рубрикой, четвертый знак – четырехзначной подрубрикой. Замена в коде МКБ-10 цифры на букву увеличило число трехзначных рубрик с 999 до 2600, а четырехзначных – примерно с 10000 до 25000, что расширило возможности классификации.

МКБ-10 состоит из трех томов:

Том 1 – состоит из двух частей (в английском варианте – одна) и содержит:

- полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, включающий преимущественно статистические (нозологические) формулировки диагнозов заболеваний (состояний), травм, внешних причин, факторов, влияющих на здоровье и обращений;
- кодированную номенклатуру морфологии новообразований;
- специальные перечни основных заболеваний (состояний) для сводных статистических разработок данных смертности и заболеваемости.

Том 2 – содержит основные сведения и правила пользования МКБ-10, инструкции по кодированию смертности и заболеваемости, форматы представления статистических данных и историю развития МКБ.

Том 3 – представляет собой алфавитный указатель болезней, травм и внешних причин, а также таблицу лекарственных средств и химических веществ, содержащую около 5,5 тыс. терминов.

Классификация разделена на **22 класса**. Класс XXII был введен в 2003 году. Каждая буква кода соответствует определенному классу, за исключением буквы D, которая используется в классе II и III, и буквы H, которая используется в классах VII и VIII. Четыре класса – I, II, XIX и XX используют более одной буквы в первом знаке своих кодов.

Класс – это сгруппированный перечень болезней, имеющих общие признаки. Каждый класс содержит достаточное число рубрик для охвата всех известных заболеваний и состояний. Часть свободных кодов (без заболеваний) предназначена для использования при будущих пересмотрах.

Классы I – XVII включают заболевания и патологические состояния;

Класс XIX – травмы;

Класс XVIII – симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях;

Класс XX – внешние причины заболеваемости и смертности.

В отличие от предыдущих пересмотров, МКБ-10 содержит 2 новых класса: XXI класс («Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения»), предназначенный для классификации данных, объясняющих причину обращения человека, не являющегося в данное время больным или разных обстоятельств получения медицинской помощи; а также XXII класс («Коды для специальных целей»).

Классы подразделяются на неоднородные **блоки**, группировка болезней в которых различна (например, способ передачи инфекции, локализация новообразований и т.д.).

Блоки в свою очередь состоят из трехзначных **рубрик**, которые представляют собой код, состоящий из 3-х знаков – буквы и 2-х цифр. Некоторые из трехзначных рубрик представляют только одно заболевание, отобранное в зависимости от частоты встречаемости или значимости для здравоохранения. Другие – для групп болезней.

Большинство трехзначных рубрик подразделено еще на четырехзначные **подрубрики**, т.е. имеют 4-й знак. Подрубрики имеют неодинаковое содержание: это могут быть анатомические локализации, осложнения, варианты течения, формы болезней и т.д.

Четырехзначные подрубрики представлены знаками от 0 до 9. Рубрика может содержать не все 9 знаков, имеющих неодинаковый смысл. Чаще всего 4-й знак «8» означает «другие уточненные состояния», относящиеся к данной рубрике, которые в большинстве случаев включены в том 3 МКБ-10, называемый Алфавитным указателем. Подрубрика с цифрой «9» преимущественно обозначает «неуточненные состояния», т.е. это название трехзначной рубрики без дополнительных указаний.

Ряд трехзначных рубрик не имеют четырехзначных подрубрик. Это означает, что на современном этапе развития медицинской науки, эти рубрики не имеют общепринятого подразделения. Подрубрики могут быть добавлены при последующих обновлениях и пересмотрах.

Рубрики без четырехзначной подрубрики для машинной статистической обработки должны быть дополнены четвертым знаком – буквой «Х» (использовать цифру «9» нельзя).

Четырехзначная подрубрика является своеобразным «знаком качества», так как позволяет в большинстве случаев выявлять неуточненные врачом диагнозы заболеваний. Этот знак помогает оценить качество диагностики, что имеет огромное значение для решения экономических вопросов в здравоохранении, повышения квалификации специалистов, оценки обеспеченности медицинской аппаратурой и техникой и т.д.

В первом томе используются различные понятия, описания, условные обозначения, на которые всегда необходимо обращать внимание при кодировании.

Это специальные термины, двойное кодирование и условные обозначения.

К специальным терминам относятся:

- включенные термины;
- исключенные термины;
- описания в виде глоссария.

Двойное кодирование некоторых состояний:

1. Система кодирования крестик (†) и звездочка (*).

Некоторые диагностические формулировки имеют два кода. Главным из них является код основного заболевания, помеченный крестиком (†); факультативный дополнительный код, относящийся к проявлению болезни, помечен звездочкой (*). В официальной статистике используется только один код – с крестиком (†). Коды со звездочкой (*) даны как отдельные трехзначные рубрики с четырехзначными подрубриками и никогда не применяются как самостоятельные.

2. Другие виды двойного кодирования:

2.1. Для местных инфекций, вызванных другими уточненными возбудителями, могут использоваться **дополнительные коды В95-В97** для уточнения инфекционных агентов (например, В97.0 – Аденовирусы).

2.2. Для функционально активных новообразований из класса II могут использоваться для идентификации активности **дополнительные коды из класса IV** (например, E05.8, E07.0, E16-E31, E34.–).

2.3. Для определения типа опухоли к коду новообразования может добавляться **дополнительный морфологический код** (МКБ-10, том 1, часть 2, стр. 579 – 599) (например, М8003/3 Злокачественная опухоль гигантоклеточная).

2.4. Органические психически расстройства (F00 – F09) могут иметь **дополнительный код** для идентификации первоначального заболевания,

вызвавшего психическое расстройство (например, G30.1 Поздняя болезнь Альцгеймера).

2.5. Если состояние является следствием воздействия токсического вещества, то используют **дополнительный код из класса XX** для идентификации этого вещества (например, Y49.4 Нейролептики).

2.6. При травмах и отравлениях применяют **двойное кодирование**: один код из класса XIX – код характера травмы, второй – код внешней причины (класс XX). В мировой статистике код внешней причины считается основным, а код характера травмы – дополнительным. В Российской Федерации при травмах и отравлениях используют оба кода как равнозначные. Данная методика не противоречит мировой статистике и позволяет подробно анализировать травмы (например, S02.0 Перелом свода черепа; V03.1 Пешеход, пострадавший при столкновении с легковым автомобилем, дорожный несчастный случай).

Условные обозначения:

- Круглые скобки ()
- Квадратные скобки []
- Двоеточие (:)
- Фигурные скобки «}»
- Аббревиатуры («БДУ» - без дополнительных уточнений, «НКДР» - не классифицированный в других рубриках)
- Союз «и» в названиях
- Точка тире «. – ».

В МКБ-10 имеются рубрики с общими признаками. К ним относятся:

- рубрики со звездочкой (*)
- рубрики, касающиеся только одного пола
- рубрики последствий болезни
- рубрики нарушений после медицинских процедур

Коды этих рубрик перечислены в МКБ-10 (том 2, стр. 28-29).

Структура третьего тома МКБ-10 имеет свои особенности.

Указатель содержит «ведущие термины», расположенные в левой колонке и «модифицирующие» (уточняющие) термины, расположенные на разных уровнях отступа под ними.

Определения, не оказывающие влияния на код, заключены в круглые скобки. Они могут присутствовать или отсутствовать в формулировке диагноза.

Кодовые номера, следующие за терминами, относятся к соответствующим рубрикам и подрубрикам. Если код трехзначный, то рубрика не имеет подрубрики. В большинстве случаев подрубрики имеют четвертый знак. Если вместо 4-го знака стоит тире, это означает, что необходимые подрубрики можно найти и уточнить в полном перечне (1-й том).

К условным обозначениям третьего тома относятся «НКДР» (состояния, не классифицированные в других рубриках) и перекрестные ссылки.

Алгоритм кодирования диагнозов

Для присвоения кода той или иной формулировке диагноза используют специальный алгоритм кодирования:

- В учетном медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, нужно определить формулировку диагноза, подлежащую кодированию.
- В формулировке диагноза нужно определить ведущий нозологический термин и осуществить его поиск в **Алфавитном указателе** (3 том МКБ-10). В Указателе термин чаще всего отражен в форме существительного. Однако следует помнить, что в качестве ведущих терминов в Указателе встречаются названия некоторых болезненных состояний в форме прилагательного или причастия.
- Найдя в Указателе ведущий нозологический термин, необходимо ознакомиться со всеми примечаниями, расположенными под ним, и руководствоваться ими.
- Далее нужно ознакомиться со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти определения не оказывают влияние на кодовый номер), а также со всеми терминами, данными с отступом под ведущим термином (эти определения могут оказывать влияние на кодовый номер), до тех пор, пока не будут учтены все слова в нозологической формулировке диагноза.
- Необходимо внимательно следовать за любыми перекрестными ссылками ("см." и "см. также"), найденными в Указателе.
- Чтобы удостовериться в правильности выбранного в Указателе кодового номера, следует сопоставить его с рубриками 1 тома МКБ-10 и учесть, что трехзначный код в Указателе с тире на месте четвертого знака означает, что в томе 1 можно найти соответствующую подрубрику с четвертым знаком. Дальнейшее дробление таких рубрик с помощью дополнительных знаков кода в Указателе не приводится, и если оно используется, то должно быть указано в томе 1.
- Используя 1-й том МКБ-10, необходимо руководствоваться всеми включенными или исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.
- Затем формулировке диагноза необходимо присвоить код.
- Важно не забыть про двойное кодирование некоторых состояний (система символов со значками "†" и "*"). Шифры со значком "*" в официальной статистике не используются и применяются только для специальных целей.

В госпитальной статистике кодируется только основное заболевание (осложнения основного заболевания, фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни не кодируются). В амбулаторно-поликлинической статистике кроме основного заболевания кодируются все другие имеющиеся

заболевания, кроме осложнений основной болезни. В случае смерти кодируются все записанные состояния, но в статистику включается только первоначальная причина смерти, которая иногда не совпадает с формулировкой заключительного клинического или патологоанатомического (судебно-медицинского) диагноза. Коды всех остальных состояний используются для анализа по множественным причинам.

Принципы кодирования диагнозов, используемых в статистике заболеваемости по обращаемости

Практикующий врач, при оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а так же записать сопутствующие заболевания.

Правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации помощи пациенту и является одним из ценных источников эпидемиологической и иной статистической информации о заболеваемости и других проблемах, связанных с оказанием медицинской помощи.

Каждая «нозологическая» диагностическая формулировка должна быть по возможности более информативной, чтобы классифицировать состояние соответствующей рубрикой МКБ.

Если к концу эпизода медицинской помощи точный диагноз не был установлен, то следует регистрировать ту информацию, которая в наибольшей степени позволяет составить наиболее правильное и точное представление о состоянии, по поводу которого проводилось лечение или обследование.

«Основное» состояние и «другие» состояния, относящиеся к данному эпизоду медицинской помощи, должен указывать лечащий врач, и кодирование в таких случаях не представляет трудностей, поскольку для кодирования и обработки данных следует взять обозначенное «основное» состояние.

Если у врача-статистика или медицинского статистика возникают сложности при проверке выбора и кодирования врачом «основного» состояния, то есть имеется медицинский документ с явно несовместимым или неправильно записанным «основным» состоянием, его следует возвращать врачу для уточнения.

Если сделать это невозможно, применяют специальные правила, изложенные в томе 2 МКБ-10.

Всегда должны быть записаны «другие» состояния, относящиеся к эпизоду медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода МКБ для «основного» состояния.

Принципы кодирования причин смерти

Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая была одобрена на Международной конференции по Шестому пересмотру в Париже в 1948 году.

Первоначальная причина смерти – это:

- **болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти;**
- **обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.**

Это определение продиктовано тем, что, выстроив цепь событий, приведших к смерти, можно в ряде случаев повлиять на нее, с целью предотвращения смерти.

В случае смерти врачом или фельдшером оформляется Медицинское свидетельство о смерти (далее – Свидетельство). Заполнение Свидетельства производится по определенным правилам.

Пункт 19 раздела «Причины смерти» Свидетельства должен быть заполнен на основании первичной медицинской документации – «посмертного эпикриза», в заключительной части которого должен быть четко отражен заключительный диагноз: основной клинический, или патологоанатомический диагноз с осложнениями, фоновые, конкурирующие и сопутствующие заболевания.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями (письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.09 г. №14-6/10/2-178):

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, ишемические болезни 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 Свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в 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 среднем возрасте умерших при различных заболеваниях (состояниях).

После заполнения всех необходимых строк пункта 19 Медицинского свидетельства о смерти необходимо присвоить код всем записанным состояниям и найти первоначальную причину смерти.

Если Свидетельство заполнено в соответствии с установленными требованиями и соблюдена логическая последовательность, то в соответствии с «Общим принципом» первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке раздела I.

Если при заполнении свидетельства требования не соблюдены, то следует применить правила выбора и модификации, изложенные в томе 2 МКБ-10.

Особенности заполнения медицинской документации и кодирования диагнозов

Переход всех учреждений здравоохранения Российской Федерации с 1999 года на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра ознаменовал принятие новой международной терминологии, применяющейся во многих странах мира.

В связи с этим практике врача иногда возникают сложности в заполнении первичной медицинской документации, правильной постановке диагноза и кодировании различных заболеваний и состояний.

К основным видам учетной первичной медицинской документации поликлиники и стационара относятся:

- «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. 025/у-04);
- «Талон амбулаторного пациента» (ф. 025-12/у-04);
- «Медицинская карта стационарного больного» (ф.003/у);
- «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у-02);
- «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106/у-08).

Основные виды отчетной медицинской документации:

- форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»;
- форма № 14 «Сведения о деятельности стационара».

В первичной медицинской документации диагноз должен быть записан полностью, без сокращений, аккуратно почерком.

При формулировании клинического диагноза его следует **рубрифицировать**, то есть разбить на разделы. Общеизвестными считаются следующие разделы:

1. основное заболевание;
2. осложнения основного заболевания, которые необходимо сгруппировать по степени тяжести;
3. фоновые и конкурирующие болезни;
4. сопутствующие заболевания.

Основным считается то заболевание (травма, отравление), которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти. При наличии более одного заболевания, «основным» считают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных медицинских ресурсов.

Международная статистическая классификация болезней не является образцом для формулирования клинического диагноза, а служит только для его формализации.

Недопустимо в качестве диагноза применять названия классов, блоков и групп болезней («ишемические болезни сердца», «цереброваскулярные болезни», «общий атеросклероз» и т.д.). В качестве «основного» заболевания должна фигурировать только **одна** конкретная нозологическая единица.

Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни.

Диагноз должен быть достаточным и сформулирован так, чтобы его можно было перевести в международный статистический код, используемый в дальнейшем для извлечения статистических данных.

Кодирование заболеваний является обязанностью лечащего врача. Врач-статистик или медицинский статистик отвечает за контроль качества кодирования, он должен проверить правильность кодирования диагнозов врачом, а в случае несоответствия – исправить код; если к записанному состоянию невозможно подобрать код МКБ-10, учетный первичный статистический документ должен быть возвращен лечащему врачу для исправления.

Заполнение учетной и отчетной документации, а также кодирование некоторых заболеваний из класса IX «Болезни системы кровообращения» могут вызывать затруднения у врачей в их практической деятельности и имеют свои особенности.

А. Амбулаторно-поликлинические учреждения и подразделения.

1. **«Талон амбулаторного пациента»** – основной учетный документ поликлиники, в котором для статистического учета должен быть правильно сформулирован и записан диагноз и закодированы все состояния, кроме осложнений основного.

Если пациент обратился за медицинской помощью, минуя поликлинику, в больницу, то «Талон амбулаторного пациента» (далее – Талон) заполняют в поликлинике после выписки на основании «выписного эпикриза». При этом если пациент пришел на прием, то производится отметка о регистрации всех заболеваний для отчетной формы №12 и отметка о посещении. Если пациент на прием не пришел, регистрируются все заболевания без отметки о посещении.

Посещение – это контакт пациента с врачом амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) или стационара (без последующей госпитализации) по любому поводу с последующей записью в «Медицинской карте амбулаторного больного», включающей жалобы, анамнез, объективные данные, диагнозы с кодированием их по МКБ-10, группу здоровья, данные обследования и динамического наблюдения, назначенное лечение, рекомендации.

При заполнении «Талона амбулаторного пациента» врач также делает отметки о дате впервые выявленного основного и сопутствующих заболеваний, взятии и снятии с диспансерного учета. Эти данные необходимы для заполнения отчетной формы № 12.

1.1. Блок «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02).

«Острая ревматическая лихорадка» – острое заболевание, продолжительностью до 3-х месяцев. Исходы: выздоровление и переход в другое заболевание – хроническую ревматическую болезнь сердца.

1.2. Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).

Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22) – это острые формы ишемических болезней сердца. Если инфаркт миокарда диагностируется у больного первый раз в жизни, он кодируется как «острый инфаркт миокарда» (I21), все последующие инфаркты миокарда у одного и того же пациента кодируются как «повторный инфаркт миокарда», код I22.-, впервые выявленный.

Продолжительность инфарктов миокарда определена МКБ-10 и составляет 4 недели, или 28 дней от начала заболевания.

Инфаркт миокарда (острый или повторный), определяемый как основное состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи (амбулаторно или стационарно) всегда регистрируется как острое впервые выявленное заболевание (со знаком +).

Примерная формулировка заключительного клинического диагноза:

Повторный инфаркт миокарда задней стенки **I22.8**

Осложнения: кардиогенный шок

фибрилляция предсердий

отек легких

Сопутствующие заболевания: Постинфарктный кардиосклероз
Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца и сердечной недостаточностью

Если пациент лечился амбулаторно или поступил в стационар с диагнозом острого или повторного инфаркта миокарда, то, в пределах данного эпизода оказания медицинской помощи, независимо от продолжительности госпитализации, регистрируют острый или повторный инфаркт миокарда.

В случае летального исхода, независимо от продолжительности госпитализации, также регистрируется острый или повторный инфаркт миокарда.

Снятие с учета производят после выписки из стационара в связи с постановкой на учет по другому заболеванию (постинфарктный кардиосклероз), или в связи со смертью.

1.3. Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).

Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66) включают следующие острые состояния:

I60 Субарахноидальное кровоизлияние

I61 Внутримозговое кровоизлияние

I62 Другое нетравматическое внутричерепное кровоизлияние

I63 Инфаркт мозга

I64 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт

I65-I66 Закупорка и стеноз прецеребральных и церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга (в случаях летального исхода, коды этих диагнозов заменяют кодом I63.-).

Различают острые формы цереброваскулярных болезней продолжительностью до 30 дней (**приказ Минздравсоцразвития России от 01.08.2007 № 513**) – рубрики I60-I66; хронические формы, классифицированы в рубрике I67. Последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69) используются только для регистрации летальных исходов.

Повторные острые формы цереброваскулярных болезней, определяемые как основные состояния, диагностированные в течение эпизода оказания медицинской помощи (амбулаторно или стационарно, независимо от продолжительности госпитализации) всегда регистрируются как острые впервые выявленные заболевания (со знаком +).

Последствия цереброваскулярных болезней существуют в течение года и более с момента возникновения острой формы заболевания, включают в себя различные состояния, классифицированные в других рубриках (МКБ-10, т. 1, ч. 1, стр. 512).

В статистике заболеваемости не следует использовать рубрику последствий (I69), а необходимо указывать конкретные состояния, которые явились следствием острых форм цереброваскулярных болезней, например, энцефалопатия, паралич и т.д. (МКБ-10, т. 2, стр.115-116). При этом минимальный промежуток времени не установлен.

Согласно правилам МКБ, для регистрации летальных исходов рубрики I65-I66 не должны использоваться. В статистике летальности (смертности) в качестве первоначальной причины используются коды острых форм (рубрики I60-I64) и последствий цереброваскулярных болезней (рубрика I69).

Примерная формулировка заключительного клинического диагноза:

Инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий **I63.3**

Осложнения: отек мозга

правосторонний гемипарез

тотальная афазия

Сопутствующие заболевания: Атеросклеротический кардиосклероз

Артериальная гипертензия

Если пациент лечился амбулаторно или поступил в стационар с диагнозом одной из острых форм цереброваскулярных болезней, то, в пределах данного эпизода оказания медицинской помощи, независимо от его продолжительности регистрируют острую форму цереброваскулярных болезней; если диагноз был поставлен позже 30 дней от начала заболевания, то регистрация производится по заключительному клиническому диагнозу – одной из хронических форм, классифицированных в рубрике I67 или

состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не по последствиям цереброваскулярных болезней (рубрика I69).

Снятие с учета производят после окончания эпизода оказания медицинской помощи и в связи с постановкой на учет по другой нозологической единице (хроническая форма, классифицированная в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств), или в связи со смертью.

2. Отчетная форма №12 – для этой формы регистрация заболеваний осуществляется по территориальному принципу при оказании медицинской помощи в поликлинике по данным Талона (сведения для заполнения Талона содержатся в «Выписном эпикризе»).

2.1. Блок «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02).

2.1.1. До 3-х месяцев от начала заболевания «острая ревматическая лихорадка» регистрируется по соответствующей строке таблиц 1000, 2000, 3000 и 4000 как впервые выявленное заболевание (с +).

2.1.2. Так как «острая ревматическая лихорадка» хронической формы не имеет, то не она подлежит перерегистрации (данные строки по графам «зарегистрировано всего» и «в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни» таблиц 1000, 2000, 3000 и 4000 должны быть равны).

2.1.3. Диспансерному учету «острая ревматическая лихорадка» подлежит в течение 3-х месяцев (данные графы «состоит под диспансерным наблюдением» таблиц 1000, 2000, 3000 и 4000 должны быть равны примерно 25% от числа впервые выявленных).

2.1.4. В случае выздоровления, если с точки зрения врача, необходимо дальнейшее наблюдение, то следует использовать коды класса XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (Z54 Состояние выздоровления; Z86.7 В личном анамнезе болезни системы кровообращения; Z91 В личном анамнезе наличие факторов риска). Сведения отражают в таблицах 1100, 2100, 3100 и 4100.

2.1.5. Если исходом «острой ревматической лихорадки» явилась хроническая ревматическая болезнь сердца, то регистрация хронической ревматической болезни сердца производится по одноименной строке, как впервые выявленное заболевание (другая нозологическая единица), а в дальнейшем перерегистрируется в установленном порядке (1 раз в год с –) в течение всего периода диспансерного наблюдения. При этом по строке «острая ревматическая лихорадка» пациента снимают с учета.

2.1.6. В случае смерти пациента от «острой ревматической лихорадки» (если пациент наблюдался в поликлинике или имеется соответствующая медицинская документация), выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н).

2.2. Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).

Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22) – в соответствии с МКБ-10 регистрация инфаркта миокарда (острого или повторного) осуществляется до 28 дней со дня заболевания.

2.2.1. В пределах эпизода оказания медицинской помощи, если диагноз установлен до 28 дней от начала заболевания, то регистрируют острый или повторный инфаркт миокарда, независимо от продолжительности госпитализации;

2.2.2. Если эпизод оказания медицинской помощи начался позднее 28 дня со дня начала заболевания, то регистрируют постинфарктный кардиосклероз (I25.8). Если, в пределах 28 дней закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется постинфарктный кардиосклероз (код I25.8);

2.2.4. Так как острые заболевания перерегистрации не подлежат, то данные соответствующих строк по графам «зарегистрировано всего» и «в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни» таблиц 3000 и 4000 отчетной формы № 12 должны быть равны.

2.2.4. Острые и повторные инфаркты миокарда подлежат диспансерному наблюдению в течение 28 дней, в связи, с чем в графе «состоит под диспансерным наблюдением» таблиц 3000 и 4000 должны быть показаны только те инфаркты миокарда, которые были зарегистрированы в этот период для формы № 12, т.е. в декабре месяце отчетного года;

2.2.5. В случае смерти от острого или повторного инфаркта миокарда следует помнить, что не все случаи инфарктов миокарда кодируются I21-I22:

- при сочетании острого или повторного инфаркта миокарда со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а инфаркты миокарда – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75), данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 28 дней от начала возникновения инфаркта или в пределах эпизода оказания медицинской помощи;

- в остальных случаях первоначальной причиной смерти следует считать острый или повторный инфаркт миокарда (коды I21-I22) в промежуток времени до 28 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если эпизод закончился позже 28 дней);

- если диагноз инфаркта миокарда был установлен после 28 дней от его возникновения, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8 (МКБ-10, т. 1, ч. 1, стр. 492);

- код I25.2 в качестве первоначальной причины смерти не применяется, данное состояние обозначает инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом и диагностированный по ЭКГ, в текущий период – бессимптомный. При наличии в первичной медицинской документации записи о перенесенном в прошлом инфаркте миокарда как единичном состоянии и отсутствии

диагнозов других заболеваний, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8;

- коды I23 и I24.0 в качестве первоначальной причины смерти также не применяются, необходимо использовать коды I21-I22 (МКБ-10, т. 2, стр. 61);

- при сочетании инфаркта миокарда (острого или повторного) с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, приоритет при выборе первоначальной причины смерти всегда отдается инфаркту миокарда (МКБ-10, т. 2, стр. 59-61).

2.2.6. В случае смерти пациента от «острого или повторного инфаркта миокарда» (по первоначальной или непосредственной причине смерти), выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н).

Пример 1:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 час.	R 5 7 . 0
б) <u>фибрилляция предсердий</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 час.	I 4 8 . X
в) <u>Повторный инфаркт миокарда задней стенки</u> первоначальная причина смерти указывается последней	2 суток	I <u>2</u> <u>1</u> . <u>2</u>
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) Постинфарктный кардиосклероз Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью	5 лет 12 лет	I 25.8 I 11.0

Пример 2:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>кардиогенный шок</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	45 мин.	R	5	7	.	0
б) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	4 час.	I	2	1	.	0
в) <u>Рак нижней доли правого легкого</u> первоначальная причина смерти указывается последней	1,5 года	C	3	4	:	3
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) Сахарный диабет II типа с почечными осложнениями.	7 лет	E 11.2				

2.3. Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).

Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66) – регистрация острых форм цереброваскулярных болезней осуществляется при лечении в поликлинике, если эпизод начался не позднее 30 дня со дня заболевания.

2.3.1. В пределах эпизода оказания медицинской помощи, если диагноз установлен до 30 дней от начала заболевания, то регистрируют острые формы цереброваскулярных болезней, независимо от продолжительности эпизода или госпитализации;

2.3.2. Если эпизод оказания медицинской помощи начался позднее 30 дня, то регистрируют хронические формы, классифицированные в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств;

2.3.3. Если, в пределах 30 дней закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируют хроническую форму, классифицированную в рубрике I67 или одно из состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств;

2.3.4. Если эпизод начался позже 30 дней, то регистрируют хронические формы, классифицированные в рубрике I67 или состояния в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69); при этом впервые выявленные заболевания регистрируются со знаком «+», а в дальнейшем 1 раз в год со знаком «-» в установленном порядке;

2.3.5. Так как острые формы цереброваскулярных болезней перерегистрации не подлежат, то данные соответствующих строк по графам «зарегистрировано всего» и «в т.ч. с диагнозом, установленным впервые в жизни» таблиц 3000 и 4000 должны быть равны.

2.3.6. Острые формы цереброваскулярных болезней подлежат диспансерному наблюдению в течение всего эпизода оказания медицинской помощи. Если в течение одного года у одного и того же пациента было выявлено несколько острых форм, то все они регистрируются как острые формы со знаком «+»;

2.3.7. В случае смерти от острых форм цереброваскулярных болезней следует помнить, что не все эти случаи кодируются I60-I64:

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а острые формы цереброваскулярных болезней – их осложнениями (МКБ-10, т. 2, стр. 75), данные сочетания должны быть правильно отражены в заключительном посмертном диагнозе, промежуток времени сохраняется – не позднее 30 дней от начала возникновения заболевания или в пределах эпизода оказания медицинской помощи;

- в остальных случаях первоначальной причиной смерти следует считать острые формы цереброваскулярных болезней (коды I60-I64) в промежуток времени до 30 дней или в пределах эпизода оказания медицинской помощи (даже, если он закончился позже);

- если диагноз установлен после 30 дней от возникновения заболевания, первоначальной причиной смерти следует считать хронические формы, классифицированные в рубрике I67 или последствия цереброваскулярных болезней (рубрика I69);

- коды I65 и I66 в качестве первоначальной причины смерти не применяются, необходимо использовать коды I63 (МКБ-10, т. 2, стр. 62);

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с эссенциальной гипертензией, приоритет при выборе первоначальной причины смерти всегда отдается острым формам цереброваскулярных болезней (МКБ-10, т. 2, стр. 59).

- при сочетании острых форм цереброваскулярных болезней с другими болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением, выбор первоначальной причины смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10;

2.3.8. В случае смерти пациента от острых форм цереброваскулярных болезней (по первоначальной или непосредственной причине смерти), выдается «Медицинское свидетельство о смерти» (учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н).

Пример 3:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>отек мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	1 час	G	9	3	.	6
б) <u>Внутричерепное кровоизлияние</u> <u>внутрижелудочковое</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 дня	I	6	1	:	5
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) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	15 лет 1 год	I 25.1 I 10.X				

Пример 4:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>инфаркт мозга, вызванный тромбозом</u> <u>мозговых артерий</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	I	6	3	.	3
б) <u>нефропатия при сахарном диабете I типа</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	E	1	0	.	2
в) <u>Инсулинзависимый сахарный диабет</u> <u>с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	1	0	:	7
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) Хронический обструктивный бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	10 лет 20 лет	J 44.8 I 25.1				

Б. Больничные учреждения.

3. Учетная форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара» - основной первичный учетный документ стационара. При выписке пациента в форме указывают заключительный клинический диагноз

основного заболевания с осложнениями, а также имеющиеся фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни. При этом кодируется только один заключительный клинический диагноз, этот код используется для составления отчетной формы №14.

В случае смерти пациента и проведении патологоанатомического вскрытия указывают также патологоанатомический диагноз, сформулированный в соответствии с установленными требованиями, и код только основного заболевания. В форме № 066/у-02 указывается первоначальная причина смерти (п. 30), выбранная по правилам МКБ-10, и ее код (см. МКБ-10, т.2, стр. 33-98).

Если вскрытие произведено не было, то заполняют только разделы: «заключительный клинический диагноз» и «первоначальная причина смерти» с соответствующими кодами. В случае смерти в отчетную форму № 14 включается только код первоначальной причины смерти.

«Статистическая карта выбывшего из стационара» остается в учреждении здравоохранения, а «выписной эпикриз» передается в поликлинику по месту жительства пациента (через оргметодотдел), где все указанные в диагнозах заболевания регистрируют в отчетной форме №12.

4. Отчетная форма №14 «Сведения о деятельности стационара»

4.1. Блок «Острая ревматическая лихорадка» (I00-I02).

4.1.1. В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевания включают по кодам заключительного клинического диагноза – различных форм «острой ревматической лихорадки», если стационарное лечение началось в срок до 3-х месяцев от начала заболевания;

4.1.2. Если госпитализация началась позже 3-х месяцев от начала заболевания, то в случае выздоровления, используют коды класса XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (Z54 Состояние выздоровления; Z86.7 В личном анамнезе болезни системы кровообращения; Z91 В личном анамнезе наличие факторов риска). Сведения о данной госпитализации включают в строки «Факторы, влияющие на состояние здоровья» таблицы 2000 (разделы А и Б);

4.1.3. Если госпитализация началась позже 3-х месяцев от начала заболевания, и заболевание перешло в «хроническую ревматическую болезнь сердца», используют коды блока I05-I09 класса IX Болезни системы кровообращения. Сведения о данной госпитализации включают в одноименные строки таблицы 2000 (разделы А и Б);

4.1.4. Если, в пределах одного эпизода оказания медицинской помощи, закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется хроническая ревматическая болезнь сердца и, в случае смерти, данные о заболевании включают в строки, соответствующие хронической ревматической болезни сердца по графам 4-7, а случай смерти включают в строки острой ревматической лихорадки по графам 8-10;

4.1.5. В случае смерти пациента в стационаре от «острой ревматической лихорадки», код первоначальной причины смерти включают в соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б). Родственникам выдается «Медицинское свидетельство о смерти» – учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н.

4.2. Блок «Ишемические болезни сердца» (I20-I25).

Рубрики «Острый и повторный инфаркты миокарда» (I21-I22):

4.2.1. В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевания включают по заключительному клиническому диагнозу – «острый или повторный инфаркт миокарда», если стационарное лечение началось в срок до 28 дней от начала заболевания;

4.2.2. Если госпитализация началась позже 28 дней от начала заболевания, то данные нозологические единицы кодируют I25.8 и включают в таблицу 2000 в строки «постинфарктный кардиосклероз»;

4.2.3. Если, в пределах одного эпизода оказания медицинской помощи, закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируется постинфарктный кардиосклероз (код I25.8), и, в случае смерти, данные о заболевании включают в строки, соответствующие постинфарктному кардиосклерозу по графам 4-7, а случай смерти включают в строки острого или повторного инфаркта миокарда по графам 8-10;

4.2.4. При выписке из стационара, независимо от того, кем был направлен больной, «выписной эпикриз» передают в поликлинику по месту жительства пациента, где заболевание регистрируют в форме №12.

4.2.5. В случае смерти пациента от острого или повторного инфаркта миокарда в стационаре следует руководствоваться правилами, изложенными в п.п. 2.2.5. и 2.2.6.

4.2.6. В случае смерти пациента от острого или повторного инфаркта миокарда в стационаре код первоначальной причины смерти включают в соответствующие строки таблицы 2000. Родственникам выдается «Медицинское свидетельство о смерти» – учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н (см. примеры 1, 2).

4.3. Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).

Рубрики острых форм цереброваскулярных болезней (I60-I66):

4.3.1. В соответствующие строки таблицы 2000 (разделы А и Б) заболевания включают по заключительному клиническому диагнозу – острым формам цереброваскулярных болезней, если стационарное лечение началось до 30 дней от начала заболевания;

4.3.2. Если госпитализация началась позже 30 дней от начала заболевания, то данные нозологические единицы включают в таблицу 2000

(разделы А и Б) в строки хронических форм цереброваскулярных болезней (код I67);

4.3.3. Если, в пределах одного эпизода оказания медицинской помощи, закончилась первая госпитализация и началась вторая, то при второй госпитализации регистрируют хроническую форму цереброваскулярных болезней, классифицированную в рубрике I67 или одно из состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств, и, в случае смерти, - данные о заболевании включают в строки, соответствующие одной из хронических форм по графам 4-7, а случай смерти включают в строки острых форм цереброваскулярных болезней по графам 8-10;

4.3.4. При выписке из стационара, независимо от того, кем был направлен больной, «выписной эпикриз» передают в поликлинику по месту жительства пациента, где заболевание регистрируют в форме №12.

4.3.5. В случае смерти от острых форм цереброваскулярных болезней в стационаре следует руководствоваться правилами, изложенными в п.п. 2.3.7. и 2.3.8.

4.3.6. В случае смерти пациента от какой-либо из острых форм цереброваскулярных болезней в стационаре, код первоначальной причины смерти включают в соответствующие строки таблицы 2000. Родственникам выдается «Медицинское свидетельство о смерти» – учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.08 г. № 782н (см. примеры 3, 4).

В. Повышение качества статистического учета и обеспечение достоверности статистических данных.

После составления отчетов по форме № 12 и форме № 14 для обеспечения полноты и достоверности предоставленной статистической информации необходимо провести сопоставление данных, полученных в этих формах.

По данным проведенного анализа можно делать вывод о наличии преимущества между поликлиникой и стационаром в больничном учреждении.

При этом необходимо учитывать, что число лиц с острыми и повторными инфарктами миокарда и острыми формами цереброваскулярных болезней, как правило, в форме № 12 должно быть больше или равно числу лиц, показанных в форме № 14. Превышение количества лиц в форме № 14 над лицами, показанными в форме № 12, может быть только в случае госпитализации лиц с вышеуказанными нозологическими единицами, не проживающими на территории обслуживания учреждения здравоохранения.

Превышение числа лиц, зарегистрированных в форме № 12 над числом лиц, прошедших стационарное лечение, показывает какая доля пациентов с вышеуказанными заболеваниями лечилась амбулаторно.

В случаях внебольничных смертей пациентов от острых или повторных инфарктов миокарда и от острых форм цереброваскулярных болезней врачом

терапевтом участковым должен быть оформлен посмертный эпикриз, записан заключительный диагноз в соответствии с установленными требованиями.

Если пациент наблюдался и первоначальная причина смерти известна, врач терапевт участковый на основании записей в медицинской документации выдает Свидетельство. Во всех остальных случаях, когда причину смерти установить нельзя, выдается направление на патологоанатомическое, или судебно-медицинское вскрытие (Приказ Минздравмедпрома РФ от 29 апреля 1994 г. № 82 "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий").

Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов должны обязательно разбираться на врачебных конференциях.

Таким образом, соблюдение всех правил заполнения первичной медицинской документации, кодирования диагнозов, а, в случае смерти – выбора первоначальной причины смерти, позволит повысить достоверность статистической информации, что важно для проведения анализа состояния здоровья населения и проведения мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от управляемых причин.