

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания .....	5
Предисловие .....	7
Список сокращений и условных обозначений.....	9
<b>Глава 1.</b> Международная классификация болезней .....	10
<b>Глава 2.</b> Правила оформления медицинского свидетельства о смерти .....	17
Посмертный диагноз.....	20
Медицинское свидетельство о смерти.....	23
Медицинское свидетельство о перинатальной смерти .....	29
<b>Глава 3.</b> Классы Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра .....	33
Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни [A00–B99].....	33
Класс II. Новообразования [C00–D48].....	56
Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм [D50–D89] .....	67
Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ [E00–E90] .....	68
Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения [F00–F99] .....	72
Класс VI. Болезни нервной системы [G00–G99] .....	76
Класс VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата [H00–H59] .....	76
Класс VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка [H60–H95].....	77
Класс IX. Болезни системы кровообращения [I00–I99] .....	77
Класс X. Болезни органов дыхания [J00–J99] .....	94
Класс XI. Болезни органов пищеварения [K00–K93].....	102
Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки [L00–L99] .....	107
Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани [M00–M99].....	108
Класс XIV. Болезни мочеполовой системы [N00–N99] .....	110
Класс XV. Беременность, роды и послеродовой период [O00–O99]... ..	114

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде [P00–P96]. . . . .	121
Класс XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения [Q00–Q99] . . . . .	141
Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках [R00–R99] . . . . .	148
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98]. . . . .	150
Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности [V01–Y98] . . . . .	151
Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения [Z00–Z99] . . . . .	157
Класс XXII. Коды для особых целей [U00–U85] . . . . .	158
Литература. . . . .	162
Предметный указатель. . . . .	166

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Достоверная статистика заболеваемости и смертности — один из основных элементов планирования медицинской помощи населению. Единство и сопоставимость материалов медицинской статистики в пределах отдельных стран и мира в целом гарантирует Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10), действующая на территории России фактически с 2000 г. Одиннадцатое издание МКБ Всемирная организация здравоохранения утвердила на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2019 г., запланировав его внедрение с 1 января 2022 г. Новая МКБ упростит кодирование заболеваний — специальная компьютерная программа поможет выбирать правильные коды. С учетом изменившихся классификаций многих заболеваний в новую МКБ внесены и другие изменения. В России, как и в других странах — членах Всемирной организации здравоохранения, для перехода на МКБ 11-го пересмотра с 01.01.2022 определен период в пять лет (до 2027 г.).

Основными учетными формами, обеспечивающими государственную статистику смертности, считаются медицинское свидетельство о смерти и медицинское свидетельство о перинатальной смерти, которые выдаются лечебно-профилактическими учреждениями, а также патолого-анатомическими отделениями, патологоанатомическими бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы. Объективность регистрации причин смерти обеспечивается не только тщательным посмертным клинико-анатомическим анализом, но и правильностью заполнения медицинской документации и кодирования причин смерти в соответствии с МКБ.

Международная статистическая классификация болезней прошла путь от номенклатуры причин смерти Уильяма Фарра и международной классификации причин смерти Жака Бертильона до семейства статистических классификаций МКБ, которое охватывает самые различные проблемы, связанные с обращениями в учреждения здравоохранения, заболеваемостью, болезненностью, смертностью и др. Это преобразование естественным образом шло по пути усложнения структуры, 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 диагностических записей в медицинской документации в нашей стране осуществлялось

специалистами-статистиками методических кабинетов лечебно-профилактических учреждений и органов ЗАГС. С 1999 г. эта функция была возложена на врачей, формулирующих посмертный диагноз и выдающих свидетельства о смерти. Подобное перемещение ответственности привело к ухудшению качества учета причин смерти и появлению большого количества некорректно оформленных медицинских документов. Сложившаяся ситуация усугубилась уменьшением числа патологоанатомических вскрытий в стационарах и в амбулаторно-поликлинических структурах, в том числе 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 и стационарного звеньев здравоохранения России показали, что значительная часть этих документов содержала критические ошибки, делавшие их непригодными для статистического анализа.

Настоящий справочник, подготовленный специалистами-патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами, предназначен для врачей, имеющих отношение к формулировке посмертных заключений и выдаче медицинских свидетельств о смерти: организаторов здравоохранения, медицинских статистиков, врачей общей лечебной сети, патологоанатомов и судебных медиков.

# Глава 1

## Международная классификация болезней

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), началась с попыток создания общей классификации заболеваний человека, предпринимаемых учеными-медиками и естествоиспытателями, и перечней причин смерти, которыми оперировала зарождающаяся в XVIII в. медицинская статистика.

Первая попытка систематизации болезней принадлежит Francois Bossier de Sauvages de Lacroix (Франсуа Босье де Соваж де Лакруа, 1706–1767), который выпустил труд *Nosologia Methodica* («Методика нозологии»). Современник Соважа Carl Nilsson Linnaeus (Карл Линней, 1707–1778) — выдающийся естествоиспытатель, основоположник систематики — сделал то же самое в работе *Genera Morborum* («Роды болезней»). В начале XIX в. широко применялась классификация болезней William Cullen из Эдинбурга (Уильям Куллен, 1710–1790), которая была опубликована в 1785 г. в книге под названием *Synopsis Nosologiae Methodicae* («Краткий обзор методики нозологии»).

Участники I Международного статистического конгресса, прошедшего в Брюсселе в 1853 г., поручили подготовить «единую номенклатуру причин смерти, применимую во всех странах», статистику William Farr (Уильям Фарр, Великобритания) и доктору Marc d'Espine (Марк д'Эспин, Швейцария). На следующем конгрессе, проходившем в столице Франции в 1855 г., были рассмотрены списки болезней, предложенные W. Farr и M. d'Espine, и принят компромиссный вариант. В 1864 г. этот вариант был пересмотрен «по образцу классификации, предложенной W. Farr» [32].

William Farr (Уильям Фарр, 1807–1883) был первым медицинским статистиком Бюро регистрации актов гражданского состояния Англии и Уэльса и накопил большой опыт использования различных классификаций болезней. Список, предложенный W. Farr 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 W. Farr состоялись в 1874, 1880 и 1886 гг. 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 г. Международный статистический институт (преемник Международного статистического конгресса) на сессии в Вене поручил комитету под председательством Jacques Bertillon (Жак Бертильон, 1851–1922), начальника Статистической службы Парижа, подготовить классификацию причин смерти. В 1893 г. J. Bertillon представил свою классификацию на отчете комитета Международному статистическому институту в Чикаго (США). Классификация причин смерти, составленная J. Bertillon, основывалась на принципах классификации W. Farr и делила болезни на системные и относящиеся к определенному органу или анатомической локализации. Она удачно сочетала варианты предыдущих классификаций и была принята для использования некоторыми странами и многими городами.

Американская ассоциация общественного здравоохранения (The American Public Health Association – АРНА) рекомендовала статистикам Канады, Мексики и США принять классификацию J. Bertillon, а также внесла предложение пересматривать ее каждые 10 лет. На сессии Международного статистического института в Дании в 1899 г. J. Bertillon представил отчет о работе над классификацией, включив в него рекомендацию АРНА о пересмотре каждые 10 лет. В соответствии с этой рекомендацией французское правительство в 1900 г. созвало в Париже первую международную конференцию по пересмотру Международной классификации причин смерти. Следующие пересмотры классификации в 1910 и 1920 гг. также проходили под руководством J. Bertillon.

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

Шестой пересмотр проходил уже под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и был принят на международной конференции в Париже в 1946 г. Кардинальной особенностью шестого пересмотра было то, что классификация расширилась за счет состояний, не приводящих к летальному исходу, а также в ней были заложены правила выбора основной причины смерти. Таким образом родилась МКБ. Конференции

по седьмому и восьмому пересмотрам состоялись соответственно в 1955 и 1965 гг.

Девятый пересмотр МКБ, принятый ВОЗ в 1975 г., отличался от предыдущих трехчленным построением: классы болезней (I–XVII), родовые понятия в каждом классе (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные 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, неопределенный, *in situ* 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 фиксации причин смерти, были помечены знаком стилета (†), а вторичные, используемые в области планирования и оценки медпомощи, — знаком звездочки (\*). МКБ 9-го пересмотра также рекомендовала в случаях, когда смерть наступала от неблагоприятного воздействия лечения (ятрогенная), кодировать именно эту причину, а не заболевание, по поводу которого проводилось лечение.

Десятый пересмотр МКБ (МКБ-10), работа над которым началась в 1983 г., был одобрен на международной конференции и принят на 43-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Новый пересмотр было решено ввести в действие с 01.01.1993, а конференцию по его изменению провести через 10 лет. Однако переход на МКБ-10 в соответствии с приказами Минздрава России от 27.05.1997 №170 и от 12.01.1998 №3 в нашей стране был осуществлен с 1 января 1999 г. (а фактически — через год).

Традиционная структура классификации в МКБ-10 была сохранена, но в ней вводилась алфавитно-цифровая система кодирования, заменившая цифровую. Это позволило расширить рамки классификации, чтобы проводить дальнейшие пересмотры без разрушения целостности цифровой системы. Из 26 букв латинского алфавита было использовано 25 (буква U вначале оставлена «пустой»). Также была сохранена система двойного кодирования со знаками «†» и «\*» для некоторых диагностических положений. МКБ-10 получила новое название — Международная статисти-

ческая 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» в МКБ-10 появилось 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 2003 г. ВОЗ дополнила МКБ-10 классом XXII, предназначенным для специальных целей: временного обозначения новых диагнозов неясной этиологии и бактериальных агентов, устойчивых к антибиотикам [30].

В конце некоторых классов 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). Постпроцедурные осложнения, не носящие такого специфического характера, включая внезапные осложнения (воздушная эмболия, послеоперационный шок и др.), введены в класс XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» [32].

Помимо МКБ-10, ВОЗ для кодирования и учета онкологических заболеваний разработаны и внедрены в практику здравоохранения Международная классификация онкологических болезней («МКБ-онкология» – 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.

МКБ-10 состоит из трех томов. Первый том (в двух книгах) содержит полные и краткие перечни и наборы кодов, второй представляет собой

инструкции по работе с МКБ-10, а третий — алфавитный указатель заболеваний и процессов, облегчающий поиск необходимого кода. Кроме того, в третьем томе содержатся перечень внешних причин травм и таблица лекарственных средств и химических веществ [30].

В России не существует ни одной рекомендованной экспертами и разрешенной к использованию официальной электронной версии МКБ-10. Сотрудничающий центр ВОЗ в РФ поддерживает и гарантирует качество только бумажных версий. Исключением здесь служит алфавитный указатель (том 3), размещенный на специальном портале нормативно-справочной информации Минздрава РФ: <https://nsi.rosminzdrav.ru><sup>1</sup>.

Все заболевания, синдромы и симптомы в МКБ-10 разделены на 22 класса 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 послеродовой 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].

---

<sup>1</sup> Письмо Минздрава РФ от 05.08.2021 № 18-3-1396.

XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин [S00–T98].

XX. Внешние причины заболеваемости и смертности [V01–Y98].

XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения [Z00–Z99].

XXII. Коды для особых целей [U00–U85].

МКБ-10 имеет иерархическую структуру. Она обеспечивает идентификацию конкретной болезни и представление статистических данных по группам и классам, но коды имеют только отдельные болезни и процессы. Сердцевиной МКБ-10 служит трехзначный буквенно-цифровой код, представленный латинской буквой и двумя цифрами, который необходим для минимального уровня кодирования. Для 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. Для некоторых заболеваний и процессов предусмотрено двойное кодирование. Главным (для основных статистических разработок, кодирования причин смерти), как и в МКБ-9, служит код, помеченный стилетом (†), вспомогательным (для специальных разработок) – код, помеченный звездочкой (\*). Например, гломерулонефрит при синдроме Гудпасчера, с одной стороны, относится к заболеваниям почек (класс XIV), с другой – к системным васкулитам (класс XIII). Поэтому в классе XIV «Болезни мочеполовой системы» он обозначен кодом N08.5\*, а в классе XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» – кодом M31.0†. Приоритетным, таким образом, считается код M31.0, который и следует использовать в медицинском свидетельстве о смерти (МСС).

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 частности, в классе IX «Болезни системы кровообращения») такие группы, как «Ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярные болезни» и др. Названные группы объединяют в качестве «квазинозологических единиц» проявления/осложнения атеросклероза и артериальной гипертензии, которые фигурируют среди причин летальных исходов примерно 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.

К 2021 г. экспертами ВОЗ в МКБ-10 было внесено более 5 тыс. изменений и обновлений. Новое, 11-е издание МКБ ВОЗ утвердила на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2019 г., запланировав его внедрение в практику с 01.01.2022. Новая МКБ упростила кодирование заболеваний — специальная компьютерная программа помогает выбирать верные коды, число которых выросло почти в четыре раза. С учетом изменившихся классификаций многих заболеваний внесены и другие изменения. В России, как и в других странах — членах ВОЗ, для перехода на МКБ 11-го пересмотра определен период в 5 лет (до 2027 г.) [25].

МКБ 11-го пересмотра будет доступна только в электронном формате, в печатном виде ее издание невозможно в связи с особенностями новой классификации, требующими применения компьютерных программ.

Минздравом Российской Федерации создана специальная межведомственная рабочая группа по внедрению нового пересмотра МКБ. В ее составе главными внештатными специалистами Минздрава, а также Федеральным медико-биологическим агентством, Министерством труда и социальной защиты РФ и Федеральной службой государственной статистики (Росстат) организованы экспертные подгруппы в соответствии с классами МКБ-11. Задачей работы экспертных подгрупп стала адаптация завершеного к середине 2021 г. технического перевода МКБ 11-го пересмотра на русский язык путем согласования с терминологией, используемой в практическом здравоохранении на территории Российской Федерации [25].