



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ
МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

27.11.2023 № 13-2/И/2-22104

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти субъектов
Российской Федерации в сфере
охраны здоровья

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

Руководителям федеральных
государственных бюджетных
организаций, подведомственных
Минздраву России

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет для использования в работе методические рекомендации «Порядок статистического учета и кодирования острых и повторных инфарктов миокарда в статистике заболеваемости и смертности», разработанные специалистами Минздрава России и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

Приложение: на 37 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

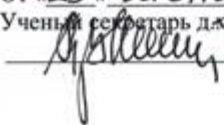
СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 22EE7FFB661DE73FC07C91C071A1B479
Кому выдан: Фисенко Виктор Сергеевич
Действителен: с 14.07.2023 до 06.10.2024

В.С. Фисенко

**ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИНЯТО

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России
Протокол № 5
От «29» ИЮНЯ 2022 г.
Ученый секретарь д.м.н, доцент
 В.В. Люцко

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России, доктор медицинских наук,
профессор



О.С. Кобякова

«29» ИЮНЯ 2022 г.

**ПОРЯДОК СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА И КОДИРОВАНИЯ
ОСТРЫХ И ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА В СТАТИСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ**

Методические рекомендации № 4-22

г. Москва - 2021

1

УДК 614.2
ББК 53.4

Организация-разработчик: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составитель: Д.Ш. Вайсман.

Под редакцией академика РАН В.И. Стародубова

Рецензенты:

Бойцов С.А., д.м.н., профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России.

Небиеридзе Д.В., д.м.н., профессор, руководитель отдела профилактики метаболических нарушений ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

Сабгайда Т.П. – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России.

Аннотация.

В методических рекомендациях изложен порядок статистического учета и кодирования острых и повторных инфарктов миокарда в статистике заболеваемости и смертности, с использованием Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, и официальными обновлениями ВОЗ 1996-2019 гг.

Приведены правила выбора основного состояния, первоначальной причины смерти с примерами оформления медицинских свидетельств о смерти.

Методические рекомендации предназначены для врачей всех клинических специальностей, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, врачей-статистиков, врачей-методистов, организаторов здравоохранения, преподавателей и студентов медицинских ВУЗов.

©ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Оглавление

Введение.....	5
1. Общие положения.....	7
2. МКБ-10.....	7
3. Алгоритм кодирования диагнозов.....	9
4. Основная учетно-отчетная медицинская документация, используемая в статистике заболеваемости и смертности.....	11
5. Оформление первичной медицинской документации, принципы кодирования и выбора основного состояния в статистике заболеваемости.....	13
6. Классификация инфарктов миокарда в МКБ-10.....	16
7. Оформление первичной медицинской документации при выборе инфаркта миокарда в качестве основного состояния в статистике заболеваемости в текущем эпизоде оказания медицинской помощи.....	19
8. Принципы кодирования причин смерти в статистике смертности.....	23
9. Оформление первичной медицинской документации, принципы кодирования и выбора первоначальной причины смерти в статистике смертности.....	23
10. Правила выбора инфарктов миокарда в качестве первоначальной причины смерти.....	27
11. Примеры оформления свидетельств.....	30
12. Заключение.....	33
Список литературы.....	35

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ИМ – инфаркт миокарда

МКБ – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра

МСС – Медицинское свидетельство о смерти

ППС – первоначальная причина смерти

АСМЕ – Программа «Automated Classification of Medical Entities»

("Автоматический классификатор медицинских объектов")

Введение

Инфаркт миокарда в Российской Федерации занимает одно из ведущих мест в структуре смертности от болезней системы кровообращения. По данным Управления медицинской статистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2020 г. в Российской Федерации было зарегистрировано около 170,5 тыс. случаев инфаркта миокарда среди взрослого населения, из них 57,9 тыс. (33%) закончились летально. В связи с чем, мероприятия направленные на снижение летальности вошли в Федеральный проект "Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями" национального проекта "Здравоохранение". Помимо увеличения масштабов потерь, произошла качественная деформация структуры причин смерти, определяющих потери продолжительности жизни за счет увеличения вклада предотвратимых причин. Значительное влияние на статистику смертности по классу болезней системы кровообращения от отдельных причин оказывают субъективные факторы, к которым можно отнести: различия в подходах статистической разработки смертности населения, связанные с разной интерпретацией правил, установленных Всемирной организацией здравоохранения; дефекты заполнения медицинской документации и ошибки кодирования; влияние внешних факторов. В настоящее время мировая статистика смертности основывается только на **первоначальной причине смерти**, что к сожалению, не отражает всех механизмов происходящих патологических процессов.

Показатели смертности являются основными источниками медицинской информации о здоровье населения, качестве диагностики и лечения. Один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении является диагноз, который служит документальным свидетельством профессиональной квалификации врача. Достоверность данных, представляемых органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья о заболеваемости и смертности

населения, зависит от унификации и точного соблюдения правил формулирования диагнозов и оформления первичной документации. В частности, при оформлении медицинских свидетельств о смерти, особенно высока ответственность, возложенная на врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов (Франк Г.А., 2015).

Исходя из изложенного, изучение смертности от инфаркта миокарда на основании первичной медицинской документации имеет большое значение для понимания происходящих патологических процессов, анализа динамики смертности, оценки эффективности тех или иных программ и организации медицинской помощи, последующего планирования и организации профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение показателей смертности в популяции. Изучение логической последовательности необходимо для понимания механизма смерти и разработки мероприятий, направленных на снижение смертности (Драпкина О.М., 2019).

Поэтому особое внимание в данных методических рекомендациях уделено практическим аспектам и разбору типичных ошибок при заполнении первичной медицинской документации, с целью повышения достоверности статистики заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда в Российской Федерации.

1. Общие положения

Методические рекомендации (далее – Рекомендации) содержат порядок статистического учета и кодирования острых и повторных инфарктов миокарда в статистике заболеваемости и смертности.

Для обеспечения кодирования диагнозов для перевода их в международный статистический код используется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), которая является единым нормативным документом для формирования системы учета заболеваемости и смертности, а также средством для обеспечения достоверности и сопоставимости статистических данных в здравоохранении.

Рекомендации подготовлены с учетом официальных обновлений МКБ-10 1996-2019 гг., принятых Всемирной организацией здравоохранения¹ (далее – ВОЗ).

2. МКБ-10

«Международная статистическая классификация болезней, сокращенно называемая МКБ, – это система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями» (МКБ-10, том 2, стр.2).

МКБ-10 – это средство перевода диагнозов болезней на международный язык кодов, понятный всем врачам других стран; единый нормативный документ для формирования системы учета и отчетности в здравоохранении; средство для обеспечения достоверности статистических данных; основа для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению; инструмент для изучения использования ресурсов, анализа и оценки деятельности системы здравоохранения, контроля качества оказания медицинской помощи.

¹ <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>

МКБ-10 – это важнейший юридический, медицинский и статистический документ.

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 сопоставлений. На уровне регионов используется четырехзначный код.

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, а также групп заболеваний;

- 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 состоит из **22 классов**.

Класс – это сгруппированный перечень болезней, имеющих общие признаки. Каждый класс содержит достаточное число рубрик для охвата всех известных заболеваний и состояний.

Классы подразделяются на не однородные **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 3 том МКБ-10, называемый Алфавитным указателем.

3. Алгоритм кодирования диагнозов

Для присвоения кода той или иной формулировке диагноза используют специальный алгоритм кодирования (МКБ-10, том 2, с. 31-32):

3.1. В учетном медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, следует определить формулировку диагноза, подлежащую кодированию.

3.2. В формулировке диагноза нужно определить ведущий нозологический термин и осуществить его поиск в Алфавитном указателе (МКБ-10, том 3). В Указателе термин чаще всего отражен в форме существительного. Однако следует помнить, что в качестве ведущих терминов в Указателе встречаются названия некоторых нозологий в форме прилагательного или причастия.

3.3. Найдя в Указателе ведущий нозологический термин, необходимо ознакомиться со всеми примечаниями, расположенными под ним, и руководствоваться ими.

3.4. Далее нужно ознакомиться со всеми терминами, указанными в круглых скобках после ведущего термина (эти определения не оказывают влияние на кодový номер), а также со всеми терминами, данными с отступом под ведущим термином (эти определения могут оказывать влияние на кодový номер), до тех пор, пока не будут учтены все слова в нозологической формулировке диагноза.

3.5. Необходимо внимательно следовать за любыми перекрестными ссылками («см.» и «см. также»), найденными в Указателе.

3.6. Чтобы удостовериться в правильности выбранного в Указателе кодového 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 1 томе 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 1 томе.

3.7. Используя 1-й том МКБ-10, необходимо руководствоваться всеми включенными или исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.

3.8. Затем формулировке диагноза необходимо присвоить код.

3.9. Важно не забыть про двойное кодирование некоторых состояний: система символов со значками «†» (крестик) и «*» (звездочка). Коды со значком «*» (звездочка) в официальной статистике не используются и применяются только для специальных целей.

4. Основная учетно-отчетная медицинская документация, используемая в статистике заболеваемости и смертности

4.1. Основная учетная медицинская документация

К основным видам учетной первичной медицинской документации, используемым медицинскими организациями в статистике заболеваемости и смертности, относятся:

«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – Карта) – учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36160);

«Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – Талон) – учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36160);

«Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее – Контрольная карта) – учетная форма № 030/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 N 36160);

«Медицинская карта стационарного больного» (далее – Медкарта) – учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 N

1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

«Статистическая карта выбывшего из стационара» (далее – Статкарта) – учетная форма № 066/у-02, утвержденная приказом Минздрава России от 30.12.02 N 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»;

«Протокол патолого-анатомического вскрытия» – учетная форма № 013/у, утвержденная приказом Минздрава России от 06.06.13 N 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2013 N 30612);

«Акт судебно-медицинского исследования трупа» – учетная форма № 171/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

«Медицинское свидетельство о смерти» (далее – Свидетельство) – учетная форма № 106/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 N 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 N 63697).

4.2. Основная отчетная медицинская документация

К основным видам отчетной медицинской документации, используемым медицинскими организациями в статистике заболеваемости и смертности, относятся:

«Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» – форма N 12, утвержденная приказом Росстата от 18.12.2020 N 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской

Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (далее Форма № 12);

«Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» – форма N 14, утвержденная приказом Росстата от 18.12.2020 N 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (далее Форма № 14).

5. Оформление первичной медицинской документации, принципы кодирования и выбора основного состояния в статистике заболеваемости

Для обеспечения статистического учета в печатной форме первичной медицинской документации диагноз должен быть записан полностью, без сокращений и аббревиатур, аккуратным почерком.

При формулировании заключительного клинического диагноза, он должен быть разбит на разделы:

1. основное заболевание;
2. осложнения основного заболевания;
3. сопутствующие заболевания.
4. при наличии указывают фоновые и конкурирующие болезни.

Основным считается то заболевание, которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, либо стало причиной госпитализации. При наличии более одного заболевания, «основным» считают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (МКБ-10, том 2, с. 107), либо, в соответствии с правилом МВ1, должно быть выбрано более тяжелое состояние (МКБ-10, том 2, с. 118).

Стоит отметить, что МКБ-10 не является образцом для формулирования клинического диагноза, а служит только для его формализации.

В формулировке диагноза обязательно должен содержаться нозологический компонент в терминах МКБ-10, диагноз должен быть достаточным и сформулирован так, чтобы его можно было перевести в международный статистический код, используемый в дальнейшем для извлечения статистических данных.

Недопустимо в качестве диагноза применять названия классов, блоков и групп болезней (например, «ишемические болезни сердца», «цереброваскулярные болезни», «общий атеросклероз», «гестоз» и т.д.). Диагноз не должен содержать формулировок статистических групп болезней, таких как «другие уточненные болезни» и пр. Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни. Проявления болезней в формулировку основного заболевания не включают.

Диагноз может содержать различные дополнительные клинические характеристики, что не противоречит принципам статистического учета.

Выбор «основного состояния» в статистике заболеваемости, а также кодирование заболеваний является обязанностью лечащего врача. Практикующий врач, при оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а также записать осложнения и другие заболевания.

Каждая «нозологическая» диагностическая формулировка должна быть по возможности более информативной, чтобы более точно 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, врача-методиста или медицинского статистика возникают сложности при проверке выбора и кодирования врачом «основного» состояния, т.е. 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 во 2 томе МКБ-10 2016 года² (раздел 4.4.3).

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 для «основного» состояния.

Диагноз для статистического учета в статистике заболеваемости должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи. Диагноз устанавливается на основании типичных жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных). В медицинской документации обязательно отражается обоснование установленного диагноза.

Государственная статистика заболеваемости формируется в соответствии с МКБ-10 только по единичному состоянию, в связи с чем в качестве «основного» заболевания (состояния) в должна быть записана только одна нозологическая единица. В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях учетной формой является ф. № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», на основании которого формируется отчетная Форма № 12, в стационарных

² <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>

условиях учетной формой является ф. № 066/у «Статистическая карта выбывшего из стационара», отчетной – Форма N 14.

В соответствии с профессиональным стандартом «Специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья» кодировать записи в учетных медицинских документах в соответствии с правилами МКБ является трудовой функцией врача-статистика и врача-методиста. В функции врача-методиста также входит организация обучения медицинских работников правилам учета и кодирования медико-статистической информации. Врач-статистик и врач-методист отвечают за контроль качества кодирования и в случае несоответствия правилам МКБ выбор либо исправление кода должно решаться в рабочем порядке, т.к. такой учетный документ не может быть принят в статистическую обработку.

Важно помнить, что правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации медицинской помощи и является одним из ценных источников эпидемиологической и иной статистической информации о заболеваемости.

6. Классификация инфарктов миокарда по МКБ-10

В соответствии с последними обновлениями ВОЗ используется следующая классификация инфарктов миокарда:

I21 Острый инфаркт миокарда

Включен: инфаркт миокарда, уточненный как острый или с установленной продолжительностью 4 недели (28 дней) или менее от начала

Исключены:

некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда (I23.-)

инфаркт миокарда:

- старый (I25.2)
- уточненный как хронический или с установленной продолжительностью более 4-х недель (более 28 дней) от начала (I25.8)

- повторный (I22.-)
- постинфарктный синдром (I24.1)

I21.0 Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки

Трансмуральный инфаркт (острый):

- передний(ей) (стенки) БДУ
- передневерхушечный
- переднебоковой
- переднеперегородочный

I21.1 Острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки

Трансмуральный инфаркт (острый):

- диафрагмальной стенки
- нижний(ей) (стенки) БДУ
- нижнебоковой
- нижнезадний

I21.2 Острый трансмуральный инфаркт миокарда других локализаций

Трансмуральный инфаркт (острый):

- верхушечно-боковой
- базально-боковой
- верхнебоковой
- боковой (стенки) БДУ
- задний (истинный)
- заднебазальный
- заднебоковой
- заднеперегородочный
- перегородочный БДУ

I21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации

Трансмуральный инфаркт миокарда БДУ

I21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST

Нетрансмуральный инфаркт миокарда БДУ

I21.9 Инфаркт миокарда острый неуточненный

Инфаркт миокарда (острый) БДУ

I22 Повторный инфаркт миокарда

Примечание: Для кодирования заболеваемости эта рубрика должна использоваться для инфаркта миокарда любой локализации, возникшего в течение 4-х недель или менее от начала предыдущего инфаркта.

Включены: инфаркт миокарда:

- распространенный
- рецидивирующий
- реинфаркт

Исключен: уточненный как хронический или с установленной продолжительностью более 4-х недель (более 28 дней) от начала (I25.8)

I22.0 Повторный инфаркт миокарда передней стенки

Повторный инфаркт (острый):

- передний(ей) (стенки) БДУ
- передневерхушечный
- переднебоковой
- переднеперегородочный

I22.1 Повторный инфаркт нижней стенки миокарда

Повторный инфаркт (острый):

- диафрагмальной стенки
- нижний(ей) (стенки) БДУ
- нижнебоковой
- нижнезадней

I22.8 Повторный инфаркт миокарда других локализаций

Повторный инфаркт миокарда (острый):

- верхушечно-боковой
- базально-боковой
- верхнебоковой
- боковой (стенки) БДУ
- задний (истинный)
- заднебазальный
- заднебоковой
- заднеперегородочный
- перегородочный

I22.9 Повторный инфаркт миокарда неуточненной локализации

7. Оформление первичной медицинской документации при выборе инфаркта миокарда в качестве основного состояния в статистике заболеваемости в текущем эпизоде оказания медицинской помощи

Инфаркты миокарда являются острыми формами ишемических болезней сердца (коды I21-I22).

К острым формам клиницисты относят также острый коронарный синдром, однако этот синдром не является самостоятельной нозологической единицей, так как в МКБ-10 отсутствует. В этот синдром входят две нозологические единицы: стенокардия и острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST.

Таким образом, формулировка «острый коронарный синдром» может быть использована как предварительный диагноз на догоспитальном этапе. В заключительном клиническом диагнозе в конце эпизода оказания медицинской помощи в качестве основного заболевания должна быть указана только одна нозологическая единица: или стенокардия, или острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST. В соответствии с обновлениями ВОЗ, острому инфаркту миокарда без подъема сегмента ST присвоен код I21.4.

В случае обращения пациента в медицинскую организацию по поводу острого и повторного инфаркта миокарда лечащим врачом заполняется первичная медицинская документация.

В статистике заболеваемости острые и повторные инфаркты всегда регистрируют как самостоятельные нозологические единицы. При этом острые и повторные инфаркты миокарда регистрируются как таковые только при обращении в период **до 28 дней** от начала заболевания. Если эпизод оказания медицинской помощи начался **после 28 дней**, регистрируют хроническую форму ишемических болезней сердца – постинфарктный кардиосклероз (код **I25.8**).

При обращении в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях заполняется Карта, в которой на основании жалоб, анамнеза, объективных, функциональных, инструментальных, лабораторных данных и данных динамического наблюдения в конце первого эпизода оказания медицинской помощи выставляется диагноз острого и повторного инфаркта миокарда и его четырехзначный код по МКБ-10 с учетом локализации. Четырехзначная подрубрика .9 (неуточненная локализация) использоваться не должна.

Пациенты с острым и повторным инфарктом миокарда должны быть взяты под диспансерное наблюдение и наблюдаться в течении 28 дней или в течение текущего эпизода оказания медицинской помощи, а затем снимаются с диспансерного наблюдения. Дальнейшее диспансерное наблюдение осуществляется по поводу хронической формы ишемических болезней сердца, например, постинфарктного кардиосклероза (код I25.8), который в текущем году регистрируется как впервые в жизни возникшее заболевание со знаком (+), а со следующего года – со знаком (–) один раз в году.

При этом заполняется Контрольная карта (ф. № 030/у), а также Талон, на основании которого производится регистрация острого и(или) инфаркта миокарда и диспансерное наблюдение для отчетной формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний,

зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

При оказании пациенту медицинской помощи в стационарных условиях заполняется Медкарта, в которой в конце эпизода выставляется заключительный клинический диагноз острого и(или) повторного инфаркта миокарда с указанием локализации и его четырехзначный код по МКБ-10. При этом заполняется Статкарта для регистрации в отчетной форме федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях», а также выписной эпикриз и учетная форма № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного»³ (далее – Выписка), которые передаются в поликлинику медицинской организации по месту регистрации пациента.

На основании Выписки заполняют Талон без отметки о посещении, а информацию обо всех заболеваниях, записанных в Талоне (кроме осложнений заболеваний), включают в Форму № 12.

Регистрация может быть произведена и по Выписке, предоставленной пациентом на приеме. Сведения обо всех заболеваниях, кроме их осложнений, заносят в п. 20 Карты, включают в Талон и регистрируют в Форме № 12.

Острый и повторный инфаркты миокарда всегда регистрируют со знаком (+), а в следующем году не перерегистрируют.

Если из одной медицинской организации пациент с инфарктом миокарда при оказании медицинской помощи в стационарных условиях был переведен в другую медицинскую организацию, то при сохранении диагноза, регистрация инфаркта миокарда в Форме № 12 производится в конце эпизода оказания медицинской помощи, т.е. после второй госпитализации.

Если при второй госпитализации в качестве основного заболевания было выбрано другое заболевание, то в Форму № 12 включают оба заболевания.

³ Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»

7.1. Острый инфаркт миокарда (I21)

Острые инфаркты миокарда (код I21) в соответствии с МКБ-10 регистрируются в течение 28 дней от начала заболевания, или в конце эпизода оказания медицинской помощи независимо от его продолжительности. Острые инфаркты регистрируются как острое заболевание со знаком (+) столько раз, сколько в течение года они развиваются и перерегистрации в новом году не подлежат.

Пациентов с острым инфарктом миокарда берут под диспансерное наблюдение и наблюдают в течение 28 дней, а затем снимают с диспансерного наблюдения; на конец отчетного года показывают только тех пациентов, у которых острый инфаркт миокарда развился в декабре отчетного года.

7.2. Повторный инфаркт миокарда (код I22)

Повторный инфаркт миокарда (код I22) в соответствии с МКБ-10 регистрируют в течение до 28 дней от начала острого инфаркта миокарда. В конце эпизода оказания медицинской помощи при сочетании острого и повторного инфаркта миокарда в качестве основного состояния в статистике заболеваемости регистрируют повторный инфаркт миокарда. Однако в Форму № 12 включают и острый и повторный инфаркт миокарда, как самостоятельные нозологические единицы. В новом году повторные инфаркты миокарда также перерегистрации не подлежат.

Пациентов с повторным инфарктом миокарда берут под диспансерное наблюдение и наблюдают в течение 28 дней, а затем снимают с диспансерного наблюдения; на конец отчетного года показывают только тех пациентов, у которых повторный инфаркт миокарда развился в декабре отчетного года.

8. Принципы кодирования причин смерти в статистике смертности

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 оформляется свидетельство – учетная форма № 106/у, утвержденная Приказом Минздрава России от 15.04.2021 N 352н "Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи" (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 N 63697).

При этом должна быть обязательно указана логическая последовательность патогенеза болезни в соответствии с «Общим принципом» (МКБ-10, том 2, стр. 38). При неправильном оформлении свидетельства применяют правила выбора первоначальной причины смерти или используют автоматизированные системы, содержащие модуль АСМЕ, позволяющий автоматически выбирать первоначальную причину смерти в соответствии с правилами МКБ-10.

9. Оформление первичной медицинской документации, принципы кодирования и выбора первоначальной причины смерти в статистике смертности

В случае летального исхода на дому или в медицинской организации в первичной медицинской документации (Карте, Медкарте) лечащим врачом

оформляется посмертный эпикриз, в котором записывается заключительный клинический посмертный диагноз.

Посмертный эпикриз обязательно должен включать следующую информацию: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место регистрации, с какого года умерший наблюдался в медицинской организации, какими заболеваниями болел, какие травмы были, по поводу каких заболеваний находился под диспансерным наблюдением, информация о последнем эпизоде оказания медицинской помощи, (дата, объективные данные, заключительный клинический посмертный диагноз), п. 22 Свидетельства, его серия, номер и дата выдачи.

Заключительный клинический посмертный диагноз в посмертном эпикризе для целей статистического учета должен содержать следующие разделы:

1. основное заболевание
2. осложнения основного заболевания, включающие смертельные
3. фоновые заболевания (при наличии)
4. конкурирующие заболевания (при наличии)
5. сопутствующие заболевания (при наличии)
6. внешняя причина (только при травмах и отравлениях)

Основное заболевание в случаях летального исхода при наличии острого и повторного инфаркта миокарда, выбирается в последнем эпизоде оказания медицинской помощи пациенту.

В качестве диагноза основного заболевания может быть записана только одна нозологическая единица – заболевание или состояние, обозначенное в МКБ-10 самостоятельной рубрикой или подрубрикой.

Свидетельство оформляется лечащим врачом, если причина смерти известна и имеются соответствующие записи в первичной медицинской документации.

Оформление медицинской части Свидетельства (п. 22) производится в соответствии с МКБ-10. При этом посмертный диагноз должен быть уточнен, и

указание патогенеза умирания (логической последовательности) в свидетельстве обязательно. Если логическая последовательность отсутствует, т.е. не указаны осложнения основного заболевания, которые привели к смерти, то такое основное заболевание без осложнений не может быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти.

Если причина смерти не установлена (статья 67 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и в первичной медицинской документации отсутствует информация о динамическом или диспансерном наблюдении пациента, труп должен быть направлен на патолого-анатомическое вскрытие, а при подозрении на насильственную причину смерти – на судебно-медицинское вскрытие для установления причин смерти и выдачи Свидетельства врачом, который произвел вскрытие. Отмена вскрытия не допускается при невозможности установления заключительного клинического диагноза⁴.

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 I части 22 пункта 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 Свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины. В I части 22 пункта может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

⁴ ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

II часть 22 пункта включает прочие причины смерти – это те 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 наступление смерти).

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 хронические цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, сахарный диабет, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего, их необходимо включать во II часть 22 пункта Свидетельства.

Не следует включать в Свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как **сердечная или дыхательная недостаточность** (МКБ-10, том 2, с. 33), 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) как из I, так и из II части.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывают в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивают. Коды других причин смерти записывают в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины

указывают 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 22 пункта Свидетельства необходимо присвоить код всем записанным состояниям и, в соответствии с правилами МКБ-10 определить первоначальную причину смерти.

Если Свидетельство заполнено в соответствии с установленными требованиями, соблюдена логическая последовательность и правила выбора первоначальной причины смерти МКБ-10, то в соответствии с «Общим принципом» первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке I части.

Для проверки информации и правильного выбора первоначальной причины смерти, специалисты, осуществляющие кодирование, должны иметь доступ ко всей информации, содержащейся в свидетельстве о смерти. Нельзя считать удовлетворительной ситуацию, когда им предоставляются только сведения о причине смерти, представленные тем лицом, кто удостоверял факт смерти. Будет правильнее, если специалист, ответственный за кодирование будет иметь доступ как к данным о причине смерти, указанным в Свидетельстве, так и к сведениям обо всех перенесенных заболеваниях или полученных травмах.

10. Правила выбора инфарктов миокарда в качестве первоначальной причины смерти

В МКБ-10 установлены определенные правила выбора инфарктов миокарда в качестве первоначальной причины смерти (МКБ-10, том 2, 2016⁵). Эти правила касаются только статистики смертности.

⁵ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.Spdf

Следует обратить внимание, что инфаркт миокарда при летальных исходах не всегда выбирается первоначальной причиной смерти. Если острый инфаркт миокарда не сочетается с другими тяжелыми заболеваниями, то при летальных исходах, при выборе его в качестве основного заболевания в качестве заключительного клинического посмертного диагноза, первоначальной причиной смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

Обновлениями ВОЗ 2016 года определены следующие правила выбора инфарктов миокарда в качестве первоначальной причины смерти:

Принимаемые последовательности (раздел 4.2.3), в соответствии с которыми острый и повторный инфаркт миокарда (I21 и I22) должны быть приняты как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета и бронхиальной астмы, т.е. первоначальной причиной смерти выбирают злокачественное новообразование, сахарный диабет или бронхиальную астму.

В соответствии со специальными инструкциями по взаимосвязям (раздел 4.2.5), при сочетании гипертензивных болезней (I10-I13) с инфарктами миокарда (I21-I22), в качестве первоначальной причины смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При сочетании стенокардии (I20), других острых ишемических болезней сердца (I24), хронической ишемической болезни сердца (I25) с инфарктами миокарда (I21-I22) в качестве первоначальной причины смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При сочетании острого и повторного инфаркта миокарда первоначальной причиной смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При наличии текущих осложнений острого инфаркта миокарда (I23) первоначальной причиной смерти выбирают острый инфаркт миокарда (I21).

При сочетании инфарктов миокарда (I21-I22) с другими тяжелыми заболеваниями, значительно облегчит выбор первоначальной причины смерти использование таблиц принятия решений "Автоматического классификатора медицинских объектов" (АСМЕ), а также позволит провести анализ множественных причин смерти. Например, к таким заболеваниям относятся:

ревматоидные артриты (M05-M06), системные поражения соединительной ткани (M30-M35), болезнь Паркинсона (G20), болезнь Альцгеймера (G30), рассеянный склероз (G35) и др.

11. Модуль автоматического определения первоначальной причины смерти (АСМЕ)

Для обеспечения соблюдения единых правил МКБ-10 по выбору первоначальной причины смерти во всех странах используют модуль АСМЕ, который считается мировым стандартом.

ВОЗ обращает внимание, что «Правильное определение первоначальной причины смерти и ее кодирование в соответствии с правилами и процедурами МКБ не является тривиальной задачей; для этого необходимы определенные знания и навыки».

Лица, осуществляющие кодирование, должны обязательно использовать все три тома МКБ-10: Полный перечень рубрик и подрубрик (1 том), Сборник инструкций (2 том) и Алфавитный указатель (3 том) – чтобы обеспечить точное использование кодов. Многие страны используют также таблицы принятия решений АСМЕ, которые помогают лицам, осуществляющим кодирование, правильно выбрать первоначальную причину. Использование этих методов помогает добиться единообразия в работе кодировщиков, которые для обозначения одной и той же болезни должны использовать одни и те же коды.

«Автоматический классификатор медицинских объектов» (Automated Classification of Medical Entities – АСМЕ) – программа, автоматизирующая правила кодирования первоначальных причин смерти. В данную программу вводятся множественные коды причин смерти, присвоенные каждому состоянию (например, заболевание, несчастный случай или травма) и указанные в Свидетельствах. Применяя правила ВОЗ, АСМЕ выбирает первоначальную причину смерти. Фактически АСМЕ стала международным стандартом для автоматизированного выбора первоначальных причин смерти (ВОЗ, 2012).

12. Примеры оформления медицинских свидетельств о смерти

Пример 1

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
И. а) кардиогенный шок (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 час.	R	5	7	.	0
б) пароксизм фибрилляции предсердий (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины указанной в пункте "а")	3 час.	I	4	8	.	0
в) Острый инфаркт миокарда задней стенки (первоначальная причина смерти указывается последней)	2 суток	I	2	1	:	2
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	5 лет	I	2	5	.	8
Гипертензивная болезнь с поражением сердца с сердечной недостаточностью	12 лет	I	1	1	.	0

Пример 2

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
И. а) кардиогенный шок (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	40 мин.	R	5	7	.	0
б) острый инфаркт миокарда передней стенки (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины указанной в пункте "а")	4 час.	I	2	1	.	0
в) Рак нижней доли правого легкого (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	1	1	.	2

Пример 3

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I. а) <u>острый инфаркт миокарда передней стенки</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	10 час.	I	2	1	.	0
б) <u>нефропатия</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины указанной в пункте "а")	2 года	N	2	8	.	9
в) <u>Сахарный диабет II типа с множественными осложнениями</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)	4 года	E	1	1	:	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)						
Атеросклеротический кардиосклероз	12 лет	I	2	5	.	1
Артериальная гипертензия	10 лет	I	1	0	.	X

Пример 4

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I. а) <u>шок кардиогенный</u> (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	1 час.	R	5	7	.	0
б) <u>инфаркт миокарда острый задний</u> (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины указанной в пункте "а")	3 сут.	I	2	1	.	2
в) <u>Поздняя болезнь Альцгеймера</u> (первоначальная причина смерти указывается последней)	10 лет	G	3	0	:	1
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)						
Артериальная гипертензия	4 года	I	1	0	.	X

Пример 5

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I. а) шок кардиогенный (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	3 мин.	R	5	7	.	0
б) разрыв миокарда с гемоперикардом (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины указанной в пункте "а")	5 мин.	I	2	3	.	0
в) Острый инфаркт миокарда передней стенки (первоначальная причина смерти указывается последней)	1 сутки	I	2	1	:	0
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)						
Артериальная гипертензия	5 лет	I	1	0	.	X
Постинфарктный кардиосклероз	2 года	I	2	5	.	8

Пример 6

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Коды по МКБ				
I. а) шок кардиогенный (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)	2 час.	R	5	7	.	0
б) инфаркт миокарда задней стенки (патологическое состояние, которое привело к возникновению причины указанной в пункте "а")	2 суток.	I	2	1	.	2
в) Ревматоидный васкулит (первоначальная причина смерти указывается последней)	3 года	M	0	5	:	2
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 с нарушениями периферического кровообращения	12 лет	E	1	1	.	5

12. Заключение

Статистический учет острых и повторных инфарктов миокарда в статистике заболеваемости и смертности имеет свои особенности.

Важным условием для обеспечения достоверной статистики смертности является строгое соблюдение правил МКБ-10, на что обращает внимание ВОЗ: «...целью выбора процедуры является получение, по возможности, наиболее полезной статистики смертности. Таким образом, дальнейшие инструкции могут отражать важность для общественного здоровья, а не то, что считается правильным с чисто медицинской точки зрения. Дальнейшие инструкции всегда применимы, независимо от того, могут ли они считаться с медицинской точки зрения правильными, или нет.

Основная цель этих инструкций – оптимизировать получение статистических данных по смертности для целей общественного здоровья. Часть этих инструкций может показаться ошибочной или сомнительной с чисто медицинской точки зрения. Эти инструкции не должны отбрасываться, поскольку могут иметь серьезное обоснование с точки зрения эпидемиологии и общественного здоровья. Отдельные страны не должны самостоятельно исправлять то, что считают ошибкой, поскольку такие изменения на национальном уровне приведут к снижению сопоставимости с данными других стран и, таким образом, сделают эти данные менее пригодными для анализа»⁶.

Руководителям медицинских организаций необходимо обеспечить проведение проверок правильности выбора первоначальной причины смерти в медицинских свидетельствах о смерти. Эти проверки должны быть поручены специалистам службы медицинской статистики, имеющим подготовку по правилам кодирования МКБ-10⁷.

Специалисты службы медицинской статистики обязаны проверять правильность оформления первичной медицинской документации и

⁶ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

⁷ Письмо Минздрава России от 18.07.16 N 13-2/10/2-4396 «О совершенствовании работы службы медицинской статистики». URL: <https://base.garant.ru/72114526/>

Свидетельств в соответствии с установленными правилами, а в случае неправильного выбора основного состояния или первоначальной причины смерти, должны возвращать первичный учетный документ врачу для исправления в соответствии с правилами МКБ-10.

Изучение смертности от инфаркта миокарда (как первоначальной, так и конкурирующей причины смерти) на основании первичной медицинской документации имеет большое значение для понимания происходящих патологических процессов, анализа динамики смертности, оценки эффективности тех или иных программ и организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией, последующего планирования и организации профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение показателей смертности в популяции.

Список литературы

1. Вайсман Д.Ш. Как избежать ошибок в первичной медицинской документации и статотчетности. // Заместитель главного врача. – 2017. – № 3. – С. 14-21.
2. Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013.
3. Гуляев В.А., Автандилов Г.Г., Филатов В.В. Принципы формулирования диагнозов с учетом требований международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) // Военно-медицинский журнал. - 2000. - № 12. - С. 18-22.
4. Зайратьянц О.В., Васильева Е.Ю., Михалева Л.М., Оленев А.С., Черкасов С.Н., Черняев А.Л., Шамалов Н.А., Шпектор А.В. Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Москва; 2019.
5. Зайратьянц О.В. Повышение достоверности данных о причинах смерти – важное условие для достижения целевых показателей снижения смертности от отдельных причин. // Судебная медицина. - 2018. - Т. 4. - №3. - С. 4-9.
6. Зайратьянц О.В, Кактурский Л.В., Мальков П.Т. Современные требования к формулировке диагноза в соответствие с законодательством Российской Федерации и Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра. // Судебная медицина. - 2015. - Т. 1, № 4. - С. 14-20.
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ; 1995.
8. Международная статистическая классификация болезней и связанных с ними проблем со здоровьем, 10-е издание, пятое издание, 2016 г.

Всемирная организация здравоохранения. 2015.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>

9. Погорелова Э.И. Система мероприятий по повышению достоверности статистики смертности населения // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. - 2006. - № 2. - С. 45-49.

10. Погорелова Э.И. Об ошибках при заполнении медицинского свидетельства о смерти // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. - 2007. - №1.- С. 43-47.

11. Секриеру Е.М., Погорелова Э.И., Вайсман Д.Ш., Моравская С.В. Руководство по статистическому кодированию заболеваемости по данным обращаемости. М.: ЦНИИОИЗ; 2008.

12. Список официальных обновлений МКБ-10. List of Official ICD-10 Updates. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/list-of-official-icd-10-updates>

13. Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10) : Клинические рекомендации / Франк Г.А., Зайратьянц О.В., Шпектор А.В. [и др.]. — М., 2015. — 35 с.

14. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (п. 3, ст. 67 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о смерти»).

15. Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Максимова М.В. МКБ-10 в практике здравоохранения. М.; 2005.

16. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Version 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

17. Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Instruction manual. 5th ed. WHO 2016; 252 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>

18. Драпкина О. М., Самородская И. В., Вайсман Д. Ш. Возможности и проблемы анализа смертности от инфаркта миокарда на основании данных

медицинских свидетельств о смерти (на примере Тульской области). Кардиология. 2019;59(7):5–10. <https://doi.org/10.18087/cardio.2019.7.n417>

19. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/175943/Improving-the-quality-and-use-of-birth,-death-and-cause-of-death-information.-Guidance-for-a-standards-based-review-of-country-practices-Rus.pdf