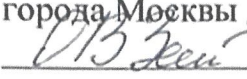


**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
специалист по патологической  
анатомии  
Департамента здравоохранения  
города Москвы д.м.н., профессор  
 О.В. Зайратьянц

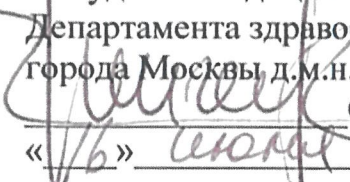
«15» июня 2026 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Российским обществом  
патологоанатомов  
Президент Российского  
общества патологоанатомов  
д.м.н., профессор  
 Ф.И. Забозлаев

«15» июня 2026 г.



Главный внештатный специалист  
по судебно-медицинской экспертизе  
Департамента здравоохранения  
города Москвы д.м.н., профессор  
 С.В. Шигеев

«16» июня 2026 г.

**ПРАВИЛА  
СТРУКТУРИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗА,  
ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ И  
ОСОБЕННОСТИ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИЧИН  
СМЕРТИ  
ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 7 ДНЕЙ  
методические рекомендации № 8**

УДК 615.072

ББК 53.4

П68

**Организация-разработчик:** Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», организационно-методический отдел по патологической анатомии.

**Составители:** **Зайратьянц Олег Владимович**, главный внештатный специалист патологоанатом Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, в.н.с. ФГБНУ НИИ морфологии человека им. акад. А.П. Авцына ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского», Заслуженный врач РФ, д.м.н. профессор

**Григоров Андрей Александрович** — начальник организационно-аналитического управления Департамента здравоохранения города Москвы, кандидат медицинских наук.

**Шигеев Сергей Владимирович** — начальник ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы ДЗМ», главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой судебной медицины ФГБОУ ВО «РМАНПО» Минздрава России.

**Каниболоцкий Александр Алексеевич** — заведующий организационно-методическим отделом по патологической анатомии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», заведующий патологоанатомическим отделением ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗМ», к.м.н., доцент по кафедре судебной медицины и медицинского права

**Рецензенты:** **Кактурский Лев Владимирович** — научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека имени А.П. Авцына ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», главный специалист-эксперт по патологической анатомии Росздравнадзора, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, почетный член Российского общества патологоанатомов

**Забозлаев Федор Георгиевич** — профессор кафедры клинической лабораторной диагностики и патологической анатомии Академии постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России, главный внештатный специалист по патологической анатомии ФМБА России, заведующий патологоанатомическим отделением ФНКЦ ФМБА России, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, президент Российского общества патологоанатомов.

Правила структурирования медицинского диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти и особенности статистического анализа причин смерти взрослых и детей в возрасте старше 7 дней: методические рекомендации / составители: О.В. Зайратьянц, А.А. Григоров, С.В. Шигеев [и др.]. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026. – 30 с.

## **Аннотация**

Анализ причин смерти населения демонстрирует ошибки формулировки и кодирования по МКБ-10 заболеваний и их осложнений в клинических, патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах, а также медицинских свидетельствах о смерти. Одной из причин таких ошибок является некорректная форма для записи диагноза в электронных медицинских документах. Это ведет к утрате части информации о причинах смерти при статистическом анализе с использованием электронного документооборота и современных информационных технологий. Данные методические рекомендации направлены на устранение основных проблем оформления диагноза в разных медицинских документах и учета причин смерти.

**Предназначение.** Данные методические рекомендации предназначены для врачей всех специальностей, разработчиков программных продуктов ЕМИАС, специалистов по медицинской статистике и анализу статистических данных причин смерти, главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций

*Принято решение Экспертным советом по науке Департамента здравоохранения города Москвы и Российским обществом патологоанатомов (Протокол № 1/от 18 июня 2026 г.) рекомендовать методические рекомендации к печати и последующему внедрению в практику московского здравоохранения.*

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение                                                                                                                                                                                                 | 5  |
| Медицинский диагноз: виды и структура (рубрики или разделы)                                                                                                                                              | 6  |
| Особенности Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра                                                                                      | 16 |
| Правила оформления пункта 22 (причины смерти) медицинского свидетельства о смерти (МСС)                                                                                                                  | 18 |
| Часть I МСС (строки «а)», «б)», «в)», «г)» или графы в статистических таблицах «А», «Б», «В», «Г» или «А», «В», «С», «D»)                                                                                | 19 |
| Часть II МСС (графы «Д» или «Е» в статистических таблицах)                                                                                                                                               | 20 |
| Коды МКБ-10, не рекомендуемые для шифрования основного заболевания (первоначальной причины смерти в части I МСС) и иных заболеваний, способствующих смерти (часть II МСС)                                | 21 |
| Приложение 1. Перечень кодов МКБ-10 для шифрования алкоголь-ассоциированных соматических заболеваний и отравления алкоголем и его суррогатами                                                            | 28 |
| Приложение 2. Коды, которые по правилам МКБ-10 не используют для шифрования основного заболевания (первоначальной причины смерти в части I МСС) и иных заболеваний, способствующих смерти (часть II МСС) | 29 |

## **Список сокращений**

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

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

МСС – медицинское свидетельство о смерти

НПС – непосредственная причина смерти

ПАО – патологоанатомическое отделение

ППС – первоначальная причина смерти

## **Введение**

Анализ причин смерти населения демонстрирует ошибки формулировки и кодирования по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) заболеваний и их осложнений в клинических, патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозах, а также медицинских свидетельствах о смерти (МСС).

Вследствие противоречивости нормативно-методических документов, многие из которых быстро устаревают и утрачивают силу, электронные формы медицинской документации содержат не всегда корректные структуру и разделы (рубрики) диагнозов. Кроме того, в рубриках диагноза «Иные заболевания, способствующие смерти» и «Сопутствующие заболевания» обычно не представлена возможность записи и кодирования по МКБ-10 более, чем одного заболевания. Поэтому часть заболеваний врачи записывают в разделах «Расширенный диагноз», где не предусмотрена их формулировка по справочнику и кодирование по МКБ-10. Все вышесказанное затрудняет правильное кодирование по МКБ-10 причин смерти, их учет и анализ. Кроме того, это усложняет оформление диагноза и наносит ущерб клиническому мышлению, ведет к риску роста ошибок диагностики, клинико-экспертной работы, а для прижизненных клинических диагнозов – и ошибок лечебной тактики. При статистическом анализе, особенно с применением искусственного интеллекта, это приводит к ошибочным заключениям из-за утраты информации о большей части заболеваний и их осложнений. По мере развития электронного медицинского документооборота эти проблемы постепенно устраняются. В

электронных медицинских документах необходимо привести в соответствие с нормативно-методическими документами и единообразию виды, названия и последовательность расположения рубрик (разделов) диагноза в любой форме медицинской документации, возможность наличия более чем одного заболевания/осложнения в каждой из рубрик (кроме основного заболевания, которое всегда должно быть одно) с кодированием по МКБ-10 каждого из них.

Данные методические рекомендации направлены на устранение основных проблем оформления диагноза в разных медицинских документах, учета и анализа причин смерти.

Методические рекомендации предназначены для врачей всех специальностей, разработчиков программных продуктов ЕМИАС, специалистов по медицинской статистике и анализу статистических данных причин смерти, главных внештатных специалистов, руководителей медицинских организаций.

## **Медицинский диагноз: виды и структура (рубрики или разделы)**

**Диагноз** — это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причинах смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней. В настоящее время в связи с отсутствием международной номенклатуры болезней для этой цели используется МКБ-10. Содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге<sup>1-5</sup>.

**Различают следующие виды медицинских диагнозов (кроме заключений об эпидемиологическом очаге)<sup>1-5</sup>**

### **1. Клинические:**

1.1. **Предварительные** (при недостаточной полноте обследования они могут быть симптоматическими или синдромологическими, завершаться вопросительным знаком):

*1.1.1. клинический направительный (включая оформленный бригадой скорой медицинской помощи),*

*1.1.2. клинический предварительный (при госпитализации или при обращении за медицинской помощью),*

*1.1.3. клинические этапные* (включая переводные внутри медицинской организации, неограниченное число).

**1.2. Заключительные** (построенные по нозологическому принципу, максимально полные и где уже не допускаются знаки вопроса):

*1.2.1. заключительный клинический* (при выписке или переводе),

*1.2.2. заключительный клинический посмертный,*

<sup>1</sup> Вайсман Д.Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача. В 2-х томах. 2-е изд. Москва, ФГБУ ЦНИИОИЗ, 2022.

<sup>2</sup> Правила формулировки судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, выбора и кодирования причин смерти по МКБ-10: руководство для врачей. В. А. Клевно, О. В. Зайратьянц, Ф. Г. Забозлаев и др.; под ред. В. А. Клевно, О. В. Зайратьянца. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 656 с.: ил. DOI: 10.33029/9704-7112-8-ICD10-2023-1-656.

<sup>3</sup> Методическое руководство по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов. Возрастная группа: дети/взрослые. Клевно В.А., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. и др. МР109. Минздрав России, 2019. 32 с. <https://apicr.minzdrav.gov.ru/static/MP109.PDF>, <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/manuals/adults>.

<sup>4</sup> Зайратьянц О.В., Васильева Е.Ю., Михалева Л.М., А.С.Оленев, С.Н.Черкасов, А.Л.Черняев, Н.А.Шамалов, А.В.Шпектор. Правила формулировки диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации № 45-56 (12 шт.). Департамент здравоохранения города Москвы, 2019. 515 с. <https://niiroz.ru/doc/45-56-ot-2019.pdf>.

<sup>5</sup> Зайратьянц О.В., Шигеев С.В., Шигеев В.Б., Михалева Л.М., Полянок Н.И., Забозлаев Ф.Г., Кактурский Л.В. Сопоставление заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов. Методические рекомендации № 57. Департамент здравоохранения города Москвы, 2019. 40 с. [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_010304586/](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_010304586/).

## **2. Патологоанатомические:**

*2.1. патологоанатомический предварительный* (до получения результатов гистологического и дополнительных методов исследования, решений консилиумов и др.),

*2.2. патологоанатомический окончательный* (может быть исправлен по решению подкомиссии изучения летальных исходов, клинико-экспертных комиссий, консультации профильных главного внештатного специалиста и организационно-методического отдела, специалистов канцер-регистра и др.).

## **3. Судебно-медицинские:**

*3.1.судебно-медицинский прижизненный* (по результатам экспертизы живых лиц),

*3.2. судебно-медицинский посмертный* (по результатам вскрытия в акте судебно-медицинской экспертизы трупа).

**Все виды клинических, патологоанатомических диагнозов и посмертный судебно-медицинский «должны быть построены по единому принципу и должны быть сопоставимыми»<sup>1-5</sup>.** Основные требования к их формулировке являются едиными. Это обусловлено сходными правилами оформления и необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы с целью оценки качества оказания медицинской помощи и решения ряда статистических и правовых вопросов.

Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях<sup>1-5</sup>.

При формулировании диагноза «следует его рубрифицировать, то есть разбить на разделы» или рубрики, в соответствии с действующими нормативно-методическими документами, которые периодически актуализируются<sup>1-5</sup>.

Нерубрифицированные заключительный клинический посмертный, патологоанатомический или посмертный судебно-медицинский диагнозы непригодны для кодирования по МКБ-10 и статистического анализа, не подлежат сопоставлению. Нерубрифицированный заключительный посмертный клинический диагноз, независимо от его содержания, расценивается как неверно оформленный<sup>1-5</sup>.

Медицинская и социальная функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. В связи с этим недопустимо любое выхолащивание и упрощение диагноза, в частности ограничение его формулировок только понятиями/терминами из справочника МКБ-10 (например: «Другие хронические ишемические болезни сердца», «Другие уточненные поражения сосудов мозга» и др.), мотивируемое необходимостью подогнать его под стандартизованные формулировки, схемы или правила<sup>1-5</sup>.

Важно помнить, что рекомендации МКБ-10 по выбору и кодированию причин смерти и отечественные нормативно-методические документы по правилам формулировки диагноза, регулярно актуализируются, поэтому многие ранее изданные устарели и утратили силу.

**Универсальный справочник Минздрава России «Виды нозологических единиц диагноза» (версия 2025 г.)<sup>6</sup>** включает следующие разделы или рубрики (условно и не совсем корректно названные в этом справочнике «нозологическими единицами»), но, не регламентирует порядок их расположения (последовательность перечисления) и обязательность наличия в диагнозе:

- 1) основное заболевание,
- 2) осложнения основного заболевания,
- 3) конкурирующее заболевание,
- 4) сочетанное заболевание,
- 5) фоновое заболевание,
- 6) внешние причины заболеваемости и смертности,
- 7) сопутствующие заболевания,
- 8) осложнения сопутствующего заболевания.

Так, например, раздел «осложнения сопутствующего заболевания» в диагнозах не используется<sup>1-5</sup>.

**Основное заболевание** определено в п. 18 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» как «заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти».

В соответствии с МКБ-10 «основным» считается то заболевание (травма, отравление, реже – состояние или синдром, возведенные в ранг заболевания – нозологической формы), которое само по себе или, значительно чаще, через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации, проведения лечебно-диагностических мероприятий и (или) смерти<sup>1-5</sup>.

---

<sup>6</sup> Универсальный справочник Минздрава России «Виды нозологических единиц диагноза» (версия 2025 г., OID 1.2.643.5.1.13.13.11.1077, <https://nsi.rosminzdrav.ru/dictionaries/1.2.643.5.1.13.13.11.1077/passport/2.2>).

При летальном исходе при оформлении медицинского свидетельства о смерти (МСС) и при анализе статистики причин смерти основное заболевание становится первоначальной причиной смерти (ППС)<sup>1-5</sup>.

Основное заболевание, оно же – ППС, как того требует МКБ-10, всегда должно быть представлено только одной нозологической формой (заболеванием, травмой, отравлением, реже – состоянием или синдромом, возведенным в ранг заболевания – нозологической формы)<sup>1-5</sup>.

**Коморбидные заболевания («Иные заболевания, способствовавшие смерти»)** – это прочие, помимо основного, важные заболевания (состояния), «которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на ведение пациента», а при летальном исходе – «способствовавшие смерти, но не связанные с ее основной причиной». Учет таких коморбидных заболеваний «следует делать в соответствии с местными правилами, поскольку никаких международных правил не существует»<sup>1-5, 7</sup>.

В отечественном здравоохранении приняты следующие три вида (названия в диагнозе) для разных видов коморбидных заболеваний (иных заболеваний, способствовавших смерти): **конкурирующее, сочетанное и фоновое заболевания**. Их дефиниции и правила учета в Российской Федерации представлены в соответствующих методических рекомендациях и руководствах. В одном диагнозе возможно одновременное наличие двух и более разных видов этих заболеваний (например, конкурирующее и

фоновое, сочетанное и фоновое). Обычно каждый из их видов представлен от одного до трех заболеваний и не рекомендуется увеличивать их число выше этой цифры<sup>1-5</sup>. Все такие заболевания, указанные в диагнозе необходимо учитывать при статистическом анализе, чтобы не допустить утраты информации о коморбидных заболеваниях.

**Конкурирующее заболевание** определяется как равноценная с основным заболеванием по тяжести течения нозологическая единица (заболевание или травма), потребовавшая оказания медицинской помощи, которой одновременно с основным заболеванием страдал больной (или умерший) и которая самостоятельно могла привести к смерти.

**Сочетанное заболевание** определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал больной (или умерший) и которая отягощала течение основного заболевания, потребовав оказания

---

<sup>7</sup> МКБ-10, т.2, с.34, 35, 107.

медицинской помощи. Без взаимного отягощения основное или сочетанное заболевания в отдельности не вызвали бы летального исхода.

**Фоновое заболевание** определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (нозологической единицы), отягощала его течение, потребовала оказания медицинской помощи и способствовала возникновению общих осложнений, при летальном исходе — смертельного осложнения.

**Коморбидные заболевания («Иные заболевания, способствовавшие смерти»)** всегда должны быть внесены в п. II МСС (в связи с ограничением до 3-х строк в этой части МСС – важнейшие три из них).

Например, «типовыми» фоновыми при заболеваниях из групп ишемической болезни сердца или цереброваскулярных болезней являются гипертоническая болезнь и сахарный диабет (за исключением определенных ситуаций, оговоренных правилами МКБ-10 и рекомендациями, когда последний становится основным заболеванием)<sup>1-5</sup>.

При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие, ставшее причиной развития ятрогенного патологического процесса.

При коморбидности в диагнозе, при прочих равных условиях, предпочтение имеет и в рубрику «Основное заболевание» (которое всегда может быть только одно) выставляется<sup>1-5</sup>:

- 1) заболевание, при летальном исходе имеющее наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которого был ведущим);
- 2) заболевание, более тяжелое по характеру, осложнениям, то, которое имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов;
- 3) в случаях, когда применение пп. 1–2 не позволяет выявить приоритет одного из заболеваний, основным указывается то, которое:

- было более значимо в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.);
- потребовало больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовало профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям;
- было выставлено основным в заключительном посмертном клиническом диагнозе (если формулируются патологоанатомический или судебно-медицинский диагнозы).

**Осложнения основного заболевания** – это патологические процессы (заболевания, синдромы и, реже – симптомы), этиологически и патогенетически связанные с основным заболеванием, которые утяжеляют его течение. В отличие от проявлений заболевания, которые стереотипны и включены в его синдромокомплекс, осложнения – индивидуальны. Однако граница между ними не всегда четко определена. Например, синдром портальной гипертензии или легочной гипертензии с легочным сердцем допускается расценивать и как проявление, и как осложнение, соответственно, цирроза печени и ХОБЛ<sup>1-5</sup>.

При наличии осложнений, связанных одновременно с основным и коморбидными заболеваниями («Иными заболеваниями, способствовавшими смерти»), рубрику диагноза, в котором они записываются, рекомендуется (но не требуется) называть не «Осложнения основного заболевания», а **«Осложнения основного и коморбидного(ых) заболеваний»<sup>2</sup>**.

**Смертельное осложнение** при летальном исходе – это всегда одно (по правилам МКБ-10, требованиям статистического учета и анализа) важнейшее осложнение (но не механизм наступления смерти – механизм танатогенеза), приведшее к смерти – синоним понятия «непосредственной причины смерти» (НПС) в МСС и при анализе статистики причин смерти<sup>1-5</sup>.

**Внешние причины заболеваемости и смертности** – это, в основном, причины травм и отравлений при насильственной смерти в специальной рубрике клинического и судебно-медицинского диагнозов и записываемые в строке «г» части I МСС.

Однако эта рубрика используется также в клинических и патологоанатомических диагнозах при ятрогенном основном заболевании, или связанном с трансплантацией органов и тканей, искусственными имплантатами и устройствами (XIX класс МКБ-10 «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», блок Т80-Т88 «Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках»). В качестве внешней причины указываются коды XX класса МКБ-10 «Внешние причины заболеваемости и смертности» блока Y40-Y84<sup>1-5</sup>.

Например, основное заболевание и ППС при инфекционном эндокардите протезированного клапана сердца шифруется по МКБ-10 двумя кодами: Т82.6 «Инфекция и воспалительная реакция, связанная с протезом сердечного клапана» и Y83.1 «Хирургическая операция с имплантацией искусственного внутреннего устройства». В диагнозе второй код указывается в рубрике «внешние причины», а в МСС – в строке «г» части I<sup>1-5</sup>. **Поэтому недопустимо ограничение для врачей-патологоанатомов оформления МСС только тремя строками «а)», «б)» и «в)» части I МСС.**

**Сопутствующее заболевание** определено в п. 19 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» как – «заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти». По поводу этих заболеваний могут производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания могут иметь осложнения, но только не смертельные, поэтому в Универсальном справочнике Минздрава России «Виды нозологических единиц диагноза»<sup>6</sup>, в соответствии с приказом Минтруда России от 21.06.2019 №435н «Об утверждении формы сведений о результатах проведенной медико-социальной экспертизы», включена строка «осложнения сопутствующего заболевания», которая не применяется как самостоятельная рубрика диагноза и записывается в диагнозе вместе с сопутствующим заболеванием, которое стало причиной их развития<sup>1-5</sup>.

**Структура клинического, патологоанатомического и посмертного судебно-медицинского диагнозов** в соответствии с нормативно-методическими документами должна быть представлена в виде последовательных разделов или «рубрик»<sup>1-5</sup>.

В некоторых приказах Минздрава России, методических рекомендациях и руководствах, рубрику коморбидных заболеваний («Иных заболеваний, способствовавших смерти») размещают после рубрики «Осложнения основного заболевания»<sup>1, 8</sup>. Однако это нарушает логику формулировки диагноза, и этого следует избегать, как это исправлено в новом приказе Минздрава России<sup>9</sup>, так как при наличии коморбидных заболеваний, осложнения обычно связаны как с основным заболеванием, так и с ними. В ряде приказов Минздрава России коморбидные заболевания указаны под разными названиями (ранее - «Дополнительные сведения о заболевании», в приказе 2025 г. – «Иные заболевания (состояния), способствующие смерти»), не меняющими их сущность, хотя ранее предлагавшаяся рубрика «Дополнительные сведения о заболевании» не может быть признана корректной<sup>8, 9</sup>.

<sup>8</sup> Приказ Минздрава России от 05 августа 2022 г. № 530н (в редакции от 01.03.2024 г.) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».

<sup>9</sup> Приказ Минздрава России от 25 апреля 2025 г. № 261н «Об утверждении Порядка проведения патолого-анатомических вскрытий и унифицированных форм медицинской документации, используемых при проведении патолого-анатомических вскрытий». Приложение 2.

Поэтому, в соответствие с актуализированными в 2025 г. Минздравом России рубриками как **заключительного клинического посмертного, так и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов**, они выглядят следующим образом и расположены, с учетом изданных в 2019 г. методических рекомендаций Минздрава России в такой последовательности<sup>3, 9</sup>:

**1. Основное заболевание**

**2. Иные заболевания (состояния), способствовавшие смерти (при наличии):**

**2.1. Конкурирующее, 2.2. Сочетанное, 2.3. Фоновое**

**3. Осложнения основного заболевания**

**4. Сопутствующие заболевания**

**5. Внешняя причина** (для кодирования по МКБ-10 вторым кодом при насильственной смерти – травмах или отравлениях, ставшими причинами смерти, а также при ятрогенных основных заболеваниях или связанных с трансплантацией органов и тканей, искусственными имплантатами и устройствами).

Также, с медицинских и юридических позиций следует рекомендовать применять дополнительную рубрику диагноза **«Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия»** (и их осложнения – при наличии), после рубрики «Осложнения основного заболевания и до рубрики «Сопутствующие заболевания», без кодирования по МКБ-10<sup>2-5</sup>.

Таким образом, в **заключительном клиническом посмертном и патологоанатомическом диагнозах электронного медицинского документа** должны

**быть предусмотрены следующие поля в такой формулировке для заполнения (при этом в сохраняться в документе и выводиться печать должны только заполненные).**

**Основное заболевание**

Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

**Иные заболевания** (способствующие смерти – коморбидные заболевания, при наличии)

**Конкурирующие заболевания**

1. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

2. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

3. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

**Сочетанные заболевания**

1. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

2. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

3. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

**Фоновые заболевания**

1. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

2. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

3. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

**Осложнения основного заболевания (и коморбидных – при наличии)**

1. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись (при летальном исходе – смертельное осложнение)

2. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

3. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

Расширенная запись (прочие осложнения)

**Резанимационные мероприятия и интенсивная терапия (при наличии, без кодов МКБ-10, расширенная запись)**

**Сопутствующие заболевания:**

1. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

2. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

3. Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

Расширенная запись (прочие)

**Внешняя причина (при наличии)**

Код МКБ-10

Текст из справочника

Расширенная запись

До настоящего времени, из-за противоречивости нормативно-методических документов, которые быстро устаревают и утрачивают силу, в электронные формы медицинской документации заложены некорректные и/или сокращенные названия рубрик диагноза («Основной диагноз» вместо «Основного заболевания», «Осложнения основного

диагноза» вместо «Осложнения основного заболевания», «Дифференциальный диагноз» и т.д.), а также не все необходимые рубрики и в разном порядке. Даже в представленных рубриках дана возможность записи и кодирования по МКБ-10 только одного заболевания (конкурирующего или фонового, сопутствующего). В результате стало общепринятым для врачей вручную, не используя справочники, записывать иные заболевания, способствовавшие смерти (конкурирующие, сочетанные, фоновые) в поле «Расширенный диагноз», что исключает возможность их кодирования по МКБ-10 и учета. Это усложняет оформление диагноза и наносит ущерб клиническому мышлению, ведет к риску роста ошибок диагностики, клинико-экспертной работы, а для прижизненных клинических диагнозов – и ошибок лечебной тактики. При статистическом анализе, особенно с использованием искусственного интеллекта, это приводит к ошибочным заключениям из-за утраты информации о большей части заболеваний. По мере развития электронного медицинского документооборота эти проблемы постепенно устраняются.

В электронных медицинских документах необходимо привести в соответствие с современными актуализированными нормативно-методическими документами и к единообразию названия и порядок расположения рубрик диагноза в любой форме медицинской документации, учесть все рубрики и их последовательность, возможность наличия более одного заболевания/осложнения в каждой из рубрик (кроме основного заболевания, которое всегда одно) с кодированием по МКБ-10 каждого из них. Без этого корректный статистический анализ причин смерти невозможен.

## **Особенности Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10)**

МКБ-10 была принята ВОЗ в 1989 г. и внедрена в Российской Федерации с 01.01.1999 г., причем кодирование заболеваний и причин смерти возложено на врачей, а не специально подготовленных «кодировщиков», как в большинстве стран мира и как предполагалось после принятия МКБ-10<sup>10,11</sup>. В медицинских организациях ДЗМ оформление МСС и кодирование причин смерти как в случаях после вскрытия, так и без вскрытия тел умерших осуществляют только врачи-патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты (единственное исключение – врачи-клиницисты хосписов), а в медицинских организациях федерального и иного подчинения в случаях без вскрытия – врачи любой специальности, как и в других субъектах РФ, что не противоречит приказам Минздрава России<sup>9, 12</sup>

Обновлениями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за последующие годы в МКБ-10 добавлены новые рубрики и подрубрики (коды), а часть их были исключены или сменили названия<sup>13</sup>. С 01.09.2021 г. Федеральная налоговая служба России, Росстат, ФГИС «ЕГР ЗАГС» и медицинские организации используют новый Алфавитный указатель МКБ-10, отличный от официально изданного в РФ в 1995 г.<sup>14</sup>.

В связи с тем, что, как указано в МКБ-10, «МКБ не предназначена и не пригодна для индексации отдельных клинических случаев»<sup>15</sup> и предполагалось создание

<sup>10</sup> Приказ Минздрава России от 25.05.1997 г. № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра» (в ред. приказа Минздрава России от 12.01.1998 г. № 3) "О внесении изменений в приказ Минздрава России от 27.05.97 № 170»).

<sup>11</sup> Приказ Минздрава России от 04.12.1996 г. № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации».

<sup>12</sup> Приказ Минздрава России от 15.04.2021 года № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи».

<sup>13</sup> Письма Минздрава России: от 05.12.2014 г. № 13-2/1664 и от 12.11.2020 г. № 13-2/753

<sup>14</sup> Портал Минздрава России <https://nsi.rosminzdrav.ru/#!/news/148>.

<sup>15</sup> МКБ-10, 1995, т. 2, стр. 2

ассоциированного с ней семейства более детальных клинических классификаций, использование терминов и кодов МКБ-10 в диагнозах и МСС требует специального обучения, а в полях электронных документов в разделе диагнозов – дополнительных полей для «расширенной записи», не подлежащих кодированию, в терминах современных клинических или морфологических классификаций.

Многие коды МКБ-10, как международной классификации не только болезней, но и «проблем, связанных со здоровьем», не предназначены для шифрования заболеваний и их осложнений, а используются для сбора данных о широком спектре признаков, симптомов, отклонений, обнаруженных при обращении за медицинской помощью или в процессе диагностики и лечения. Поэтому не все коды МКБ-10 могут быть применены для шифрования заболеваний/осложнений в диагнозе и причин смерти в МСС.

Еще меньше перечень терминов и кодов, которые являются нозологическими единицами/формами (а не осложнениями или проявлениями других болезней) и, поэтому, могут использоваться для кодирования основных или коморбидных, или сопутствующих заболеваний.

Кроме того, для кодирования причин смерти имеется дополнительный список не рекомендуемых кодов, некоторые из которых в то же время разрешены для клинических прижизненных диагнозов (см. Приложения 1 и 2)<sup>16</sup>.

Например, для повторного инфаркт миокарда коды рубрики I22.- в прижизненных клинических диагнозах меняются при летальном исходе в посмертном клиническом и патологоанатомическом/судебно-медицинском диагнозах на коды рубрики I21.-. Точно

также после летального исхода коды рубрики I69.- «Последствия цереброваскулярных болезней» (последствия инсультов) меняются на код I67.8 «Другие уточненные сосудов мозга», который в справочнике имеет также более конкретное значение «хроническая ишемия головного мозга», что и следует использовать<sup>1-5</sup>.

Поэтому автоматизированное сличение (сопоставление) кодов прижизненных и посмертных диагнозов, особенно с использованием искусственного интеллекта, важно проводить с учетом правил МКБ-10 и указаний отечественных нормативно-методических документов по кодированию заболеваний и их осложнений при жизни и после летального исхода.

Для многих кодов в Алфавитном указателе МКБ-10 содержатся несколько текстовых формулировок для выбора (в среднем около 5–6) для одного и того же кода.

---

<sup>16</sup> «Перечень кодов, не используемых для кодирования первоначальной причины смерти», МКБ-10, 1995, том 2, стр.72 с добавлениями из писем Минздрава России от 05.12.2014 г. № 13-2/1664, от 12.11.2020 г. № 13-2/753.

Например, код I25.8 включает формулировки «Постинфарктный кардиосклероз», но также и «Другие хронические ишемические болезни сердца», код I67.8 включает в себя «Хроническую ишемию головного мозга» (атеросклеротическую, сосудистую энцефалопатию в отечественных классификациях), но также и «Другие уточненные поражения сосудов мозга» и т.д. Рекомендуется не использовать в диагнозе неопределенные формулировки, такие, как, например, «Другие хронические ишемические болезни сердца» или «Другие уточненные поражения сосудов мозга»<sup>1-5</sup>.

## **Правила оформления пункта 22 (причины смерти) медицинского свидетельства о смерти (МСС)**

МСС в современном виде его бумажной и электронной форм утверждены в РФ в 2021 г.<sup>17</sup>, а порядок их заполнения регламентирован в многочисленных методических рекомендациях и руководствах<sup>1-5, 18</sup>.

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ в МКБ введено понятие «первоначальная причина смерти» (ППС).

**Первоначальная причина смерти (ППС)** – это, как указано в МКБ-10:

- а) болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти,

б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму»<sup>1-5,18, 19</sup>.

Основное заболевание, оно же – ППС, всегда должно быть представлено только одной нозологической формой (заболеванием, травмой, отравлением, реже – состоянием или синдромом, приравненным к нозологической форме)<sup>1-5</sup>.

Смертельное осложнение (синдром или нозологическая единица), определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти — танатогенеза), определяется как «непосредственная причина смерти» (НПС).

**Таким образом, так как в РФ диагноз и МСС оформляет один и тот же врач, понятие «ППС» является аналогом понятия «Основное заболевание», а «НПС» – аналогом смертельного осложнения основного заболевания<sup>1-5</sup>.**

<sup>17</sup> Приказ Минздрава России от 15.04.2021 г. № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи» (регистрационный номер Минюста РФ № 63697 от 31.05.2021 г.).

<sup>18</sup> Письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».

<sup>19</sup> МКБ-10, 1995, т. 2., с. 34

Порядок оформления МСС, регламентированный правилами МКБ-10 и отечественными нормативно-методическими документами следующий. Причины смерти должны быть записаны в определенной последовательности в п. 22 МСС, который состоит из двух частей – I (со строками «а), «б)», «в)», «г)») и II (при статистическом анализе в таблицах эти части и строки МСС обычно обозначаются как графы А, Б, В, Г, Д или, чаще, как А, В, С, D, E, что и будет указано в тексте далее).

## **Часть I МСС**

**(строки «а)», «б)», «в)», «г)» или графы в статистических таблицах**

**«А», «Б», «В», «Г» или «А», «В», «С», «D»)**

Рекомендуется (но не требуется обязательно) для построения логической цепочки причин смерти, которая позволяет проверить правильность оформления МСС, в части I МСС заполнять все три строки («а)», «б), «в)» – графы А, В, С в статистических таблицах). Однако допустимо (не является дефектом) оформление только двух строк – «а)» и «б)», а, в виде исключения в судебно-медицинских диагнозах, – только строки «а)», если ППС не имеет смертельных осложнений и сама привела к летальному исходу, что также не является дефектом оформления МСС.

Категорически запрещается оставлять «пустыми» строку «а)» при заполненных «б)» и «в)» или строку «б)» при заполненных «а)» и «в)». В каждой строке указывается только одна причина смерти с кодом МКБ-10 и повторы недопустимы<sup>1-5, 16-18</sup>.

Правила заполнения строки «г)» рассмотрены ниже.

Строки «а)», «б)», «в)» части I МСС оформляются в порядке, обратном рубрикам (разделам) диагноза: сверху – вниз, от осложнений к основному заболеванию, которое их вызвало (в диагнозе порядок обратный – от основного заболевания к его осложнениям).

**В строке «а)»** указывается «болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти» - НПС (смертельное осложнение). Здесь не записывают механизмы смерти (танатогенеза), например, остановку сердца или дыхания, а указывают синдромы и болезни, ставшие смертельными осложнениями разных основных заболеваний (синдром острой или хронической сердечной недостаточности, пневмония, геморрагический шок и др.). Эти синдромы по отечественным рекомендациям ЦНИИОИЗ<sup>1</sup>, могут быть заменены их главными проявлениями (отек легких, отек головного мозга и др.), хотя это и не рекомендовано МКБ-10<sup>1-5</sup>. Поэтому такое разрешенное разнообразие выбора записей, часто субъективное, делает эту строку неинформативной для статистического анализа. Например, запись «отек легких» (код J81.X) может свидетельствовать как о синдромах острой или хронической сердечной недостаточности при ИБС, миокардите, пороке сердца, так и быть осложнением пневмонии, ряда злокачественных новообразований и т.д. Поэтому коды, которые здесь используются, не несут информации о заболеваниях, ставших причинами смерти.

В виде исключения в определенных ситуациях может быть заполнена только одна эта строка МСС, когда само заболевание (нозологическая единица, ППС) без осложнений приводит к смерти (не имеет смертельного осложнения). Например, при «внезапной коронарной смерти» заполняется только строка «а)» с кодом I24.8 (в МКБ-10 для этого кода имеются малоинформативные текстовые расшифровки «другие формы острой ишемической болезни сердца», «коронарная недостаточность», но важно использовать именно понятие «внезапная коронарная смерть»). Также важно учитывать, что она является одной из нозологических единиц в группе острых форм ИБС, а не синонимом внезапной (острой) сердечной смерти (с кодами I46.-), запись которой в любом месте МСС – это грубый дефект и трактуется как неуточненная причина смерти. При записи «внезапной коронарной смерти» с кодом I24.8 и заполненной только строкой «а)» это расценивается и учитывается в статистике как ППС – основное заболевание, приведшее к смерти из группы острых ИБС, несмотря на другое формальное название этой строки в части I МСС. В патологоанатомическом диагнозе, тем более при летальном исходе в

стационаре, не рекомендуется использовать такую причину смерти с этим кодом (поэтому такие диагнозы нуждаются в контрольной экспертизе), но для судебно-медицинских диагнозов, особенно при внебольничной смерти таких ограничений нет<sup>1-5</sup>.

**В строке «б»** указывается «патологическое состояние, которое привело к возникновению причины, указанной в пункте «а»», то есть «промежуточное осложнение» (синдром или заболевание), которое при построении логической цепочки событий привело к смертельному осложнению. Например, при таком заболевании, как язвенная болезнь желудка с кровотечением (строка «в»)), острая постгеморрагическая анемия (строка «б»)) привела к геморрагическому шоку (строка «а»)), или при ХОБЛ (строка «в»)), легочное сердце (строка «б»)) привело к хронической легочно-сердечной недостаточности (строка «а»)). Однако не всегда возможно и нужно, тем более, искусственно, выделить такое промежуточное осложнение, и его запись – не обязательное требование МКБ-10<sup>1-5</sup>. Статистический анализ осложнений в строке «б»», когда заполнена строка «в»» еще менее информативен, чем строки «а»» и не несет никакой информации о заболевании, ставшем причиной смерти.

В случае если такое промежуточное осложнение не выделено, в строку «б»» записывается ППС – основное заболевание, несмотря на иное формальное название этой строки в части I МСС<sup>1-5</sup>. При этом строка «в»» не заполняется.

**Это правило важно учитывать при статистической обработке данных МСС (при незаполненной графе С, заболевание, указанное в графе В, становится основным – ППС; если заполнена графа С, то в ней и указано основное заболевание, а графа В не несет о нем информации).**

**В строке «в»** - «первоначальная причина смерти указывается последней», если она заполнена, указывается ППС – основное заболевание. Оно не может быть представлено осложнением (например, сердечной недостаточностью), а должно являться заболеванием, реже – состоянием или синдромом, приравненным к нему, то есть нозологической единицей/формой. Если оно уже было записано в строке «б»», то строка «в»» остается незаполненной<sup>1-5</sup>.

Таким образом, при статистической обработке МСС основное заболевание (ППС) выбирается из строк «в»» (графа С), а когда они не заполнены – из строк «б»» (графа В), а в виде исключения, когда не заполнены строки «б»» и «в»» – из строк «а»» (графа А).

**Использование в статистическом анализе граф А (если заполнены графы В и/или С) или В (если заполнена графа С) неинформативно, так как при формулировке разных осложнений правила МКБ-10 допускают большой**

**субъективизм и по кодам таких осложнений невозможно сделать вывод о сущности основного заболевания (ППС).**

**Строка «г)»** - «внешние причины заболеваемости и смертности» – это, в основном, причины травм и отравлений при насильственной смерти в специальной рубрике клинического и судебно-медицинского диагнозов. В этой строке записывают формулировку внешней причины с указанием места происшествия и код внешней причины из класса XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» МКБ-10<sup>1-5</sup>.

Однако эта рубрика используется также в клинических и патологоанатомических диагнозах при ятрогенном основном заболевании, или связанном с трансплантацией органов и тканей, искусственными имплантами и устройствами (XIX класс МКБ-10 «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин», блок Т80-Т88 «Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках»). В качестве внешней причины указываются коды XX класса МКБ-10 «Внешние причины заболеваемости и смертности» блока Y40-Y84. Например, ППС при инфекционном эндокардите протезированного клапана сердца, шифруется по МКБ-10 двумя кодами: Т82.6 «Инфекция и воспалительная реакция, связанная с протезом сердечного клапана» в строках «в)» или «б)» и Y83.1 «Хирургическая операция с имплантацией искусственного внутреннего устройства» в строке «г)»<sup>1-5</sup>.

Поэтому недопустимо ограничивать врачам-патологоанатомам заполнять часть I МСС только первыми тремя строками. К сожалению, в настоящее время в электронном документообороте такая возможность разрешена только для судебно-медицинских экспертов, что ведет к искажению данных статистики причин смерти.

**Для статистического анализа ППС – основных заболеваний строка «г)» (графа D) не используется, ее анализ производят для учета особенностей причин насильственной смерти и осложнений медицинских вмешательств.**

## **Часть II МСС**

### **(графы «Д» или «Е» в статистических таблицах)**

Часть II МСС – «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)». Таким образом, часть II МСС включает, прежде всего, иные заболевания, способствовавшие смерти

(коморбидные заболевания – конкурирующие, сочетанные и фоновые), указанные в соответствующей рубрике диагноза. Сопутствующие заболевания, которые по своему определению, не играют роли в наступлении смерти в части II МСС, за определенным исключением оговоренным в рекомендациях, не записываются<sup>1-5</sup>.

В виде исключения, по рекомендациям МКБ-10 и Минздрава России, в части II также указывают некоторые социально значимые сопутствующие заболевания (например, ишемические болезни сердца, цереброваскулярные болезни, злокачественные новообразования, очаговый туберкулез и др.), факты употребления алкоголя, наркотических средств (а также заболевания, связанные с ними), психотропных других токсических веществ (содержание их в крови), даже если в диагнозе они указаны в рубрике «Сопутствующие заболевания»<sup>1-5</sup>.

Кроме того в части II МСС обязательно указывают произведенные хирургические операции с их названиями и датами проведения<sup>1-5</sup>.

Хотя по правилам МКБ-10 количество записываемых состояний в этой части МСС не ограничено, но в электронном документообороте оно часто ограничено тремя. Поэтому врачам важно выбрать три наиболее значимых в социальном и медицинском плане заболевания. Например, сахарный диабет, болезни системы кровообращения, онкологические заболевания и др. При статистическом анализе части II МСС недопустимо ограничиваться единственной графой Е, что ведет к утрате важнейшей информации о возможном наличии двух других коморбидных заболеваний, поэтому эту графу следует разделить на три части: Е1, Е2 и Е3. Например, если в части II МСС будут указаны последовательно гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественное новообразование, то при применении только одной графы Е в статистику поступит только гипертоническая болезнь.

### **Коды МКБ-10, не рекомендуемые для шифрования основного заболевания (первоначальной причины смерти в части I МСС) и иных заболеваний, способствующих смерти (часть II МСС)**

Большинство кодов R класса XVIII МКБ-10 – это неуточненные причины смерти. Однако некоторые из них (например, «септический шок» – R57.2, «геморрагический шок» – R57.1, «кардиогенный шок» – R57.0 и др.) применяются для кодирования смертельных осложнений (НПС), но никогда – для ППС – основных заболеваний или «иных заболеваний, способствовавших смерти», или сопутствующих заболеваний и в части II МСС<sup>1-5</sup>.

Коды R класса XVIII МКБ-10 допустимо использовать в качестве ППС вместо основного заболевания только в предварительных МСС (особенно «неизвестная причина смерти» - R99), когда причина смерти еще уточняется или осталась неуточненной. Код R99 нельзя использовать при наличии внешней причины смерти, без проведения вскрытия, не рекомендуется также даже в предварительных патологоанатомических диагнозах<sup>1-5</sup>.

Все коды МКБ-10, предназначенные для шифрования только осложнений, симптомов, отклонений от нормы, а не заболеваний (например, G93.- «отек головного мозга», I23.- «осложнения инфаркта миокарда», I26.- «легочная эмболия» (кроме ТЭЛА при беременности, родах и послеродовом периоде), I27.8 «легочно-сердечная недостаточность», I50.- «недостаточность сердечная», K72.- «печеночная недостаточность», K76.7 «гепато-ренальный синдром» и др.) могут и должны использоваться только для «промежуточных» и смертельных осложнений (НПС), но никогда для ППС – основных заболеваний или «иных заболеваний, способствовавших смерти», или сопутствующих заболеваний и в части II МСС<sup>1-5</sup>.

Коды рубрики I20.- - «стенокардия» не используется ни в какой строке и части МСС. Коды этой рубрики и такие названия для ППС – основного заболевания или «иных заболеваний, способствовавших смерти», или сопутствующих заболеваний не могут применяться в посмертных клинических и патологоанатомических/судебно-медицинских диагнозах, но должны и используются в прижизненных клинических диагнозах<sup>1-5</sup>.

Коды рубрики I22.- - «повторный инфаркт миокарда», в посмертных клинических и патологоанатомических/судебно-медицинских диагнозах заменяются на I21.- «острый инфаркт миокарда» в любой части МСС. При статистическом анализе они рассматриваются как одинаковые, но если коды I22.- сохранились в посмертных диагнозах – то с указанием числа ошибочно закодированных.

Коды рубрик I21.- - I22.- могут фигурировать как «промежуточные» или смертельные осложнения в строках «а)» и «б)» части I МСС и тогда они указывают на инфаркты миокарда типа 2, которые не имеют отношения к ИБС. При статистическом анализе важно в таких случаях не относить такие случаи ошибочно к ИБС<sup>1-5</sup>. Кроме того, инфаркт миокарда типа 2 следует отличать от множественных метаболических некрозов миокарда и не употреблять тогда термин (ИМ типа 2) в диагнозе и МСС.

Коды I25.0 и I25.1 – «атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» и «атеросклеротическая болезнь сердца» (часто называемые «атеросклеротический кардиосклероз») не могут указываться как ППС – основное заболевание или его осложнение в любой строке части I МСС или «иное заболевание,

способствовавшее смерти», или сопутствующее заболевание в части II МСС, так как в классификации ИБС таких заболеваний не существует, это – неуточненные групповые понятия. При их ошибочном использовании в МСС или диагнозе, выявленном в ходе статистического анализа, их следует относить к хронической ИБС и отмечать как дефект кодирования, оформления диагноза и МСС<sup>1-5</sup>.

Диагноз «ишемическая кардиомиопатия» (код I25.5) должен быть подтвержден клинически (желательно) и морфологически (обязательно) наличием синдрома тяжелой хронической сердечной недостаточности (желательно и в части I МСС в строках «а») или «б»)). Без указаний на синдром хронической сердечной недостаточности диагноз ишемической кардиомиопатии должен быть проверен как, возможно, дефектный. Такой диагноз не рекомендуется при постинфарктном кардиосклерозе без выраженной морфологии дилатационной кардиомиопатии и тяжелой сердечной недостаточности. Его следует дифференцировать с декомпенсацией сердца при гипертонической болезни, миокардитах и др. (они тогда могут указываться основным заболеванием). Ишемическая кардиомиопатия, может быть «иным заболеванием, способствовавшим смерти» но, за редким исключением, не может быть сопутствующим заболеванием и фигурировать в части II МСС<sup>1-5</sup>.

Недопустимо устанавливать диагноз первичных гипертрофической или дилатационной кардиомиопатий без строгих клинико-морфологических доказательств – это редкие генетические заболевания, а наличие гипертонической болезни, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, некоторых злокачественных новообразований или последствий их терапии практически исключает их. Вторичные кардиомиопатии (эндокринные и др.) – это не заболевания, а проявления других болезней. Алкогольная кардиомиопатия должна быть клинически (желательно) и морфологически (обязательно) подтверждена<sup>1-5</sup>.

При постинфарктном кардиосклерозе и хронической аневризме сердца следует диагностировать и кодировать по МКБ-10 «хроническую аневризму сердца» (код I25.3), даже если площадь постинфарктного (крупноочагового) кардиосклероза больше.

Кардиоэмболический по патогенезу инфаркт головного мозга – это осложнение, а не самостоятельное заболевание, за исключением тромбоэмболии из ушка левого предсердия при фибрилляции предсердий (тогда такой кардиоэмболический инфаркт головного мозга должен быть указан как основное или коморбидное заболевание).

Код по МКБ-10 для гипертонической болезни выбирается из кодов I11.- - I13.- (а не I10.X). Важно также не пропускать почечную и другие симптоматические артериальные гипертензии, имеющие свои коды.

Коды рубрики I46.- - «неуточненная причина смерти», не используются ни в какой строке и части МСС. Фактически, это аналог кода R99 – причина смерти осталась не известной, неуточненной<sup>1-5</sup>.

Из кодов рубрики E66.- - «ожирение» используют в качестве ППС или «иных заболеваний, способствовавших смерти», или сопутствующих заболеваний в части II МСС только код E66.2 («морбидное ожирение» и «синдром Пикквика»), другие не рекомендованы и их применение (например, кодов e66.0 или E66.8) трактуется как ошибочное<sup>1-5</sup>.

Некоторые коды рубрики D.- («постгеморрагические анемии», «рак in situ», некоторые доброкачественные опухоли) не могут применяться в качестве ППС – основного заболевания или «иных заболеваний, способствовавших смерти». Только в отдельных случаях некоторые доброкачественные опухоли и их коды могут фигурировать в этих рубриках диагнозов и части II МСС и, редко, даже в качестве основного заболевания и ППС<sup>1-5</sup>.

Все коды L класса XII МКБ-10 «Болезни кожи и подкожной клетчатки» и сами эти заболевания не могут использоваться в качестве ППС – основного заболевания<sup>1-5</sup>.

Коды A40-A41 – «сепсис», за редким исключением (при беременности, родах и послеродовом периоде, неонатальный сепсис) не могут, за редким исключением, указываться в качестве ППС – основным заболеванием или в рубрике «иных заболеваний, способствовавших смерти», или сопутствующих заболеваний и в части II МСС, а являются «промежуточными» или смертельными осложнениями других заболеваний. Если такие коды все-таки указаны в этих позициях, то это означает «криптогенный» сепсис, ситуацию, когда первичный септический очаг не был выявлен. Такие диагнозы и МСС требуют контрольной экспертизы. Код A41.9 не применяется ни в одной строке или части МСС (неуточненная причина смерти)<sup>1-5</sup>.

Коды F10.- - F19.- - «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, наркотических и некоторых других веществ», как многие другие коды класса V МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения» не могут применяться в качестве ППС – основного заболевания или «иных заболеваний, способствовавших смерти» и не употребляются в любой строке части I МСС, но некоторые могут использоваться в части II МСС. Например, при алкогольных заболеваниях разных органов (алкогольная кардиомиопатия, алкогольный цирроз печени и др.), как фоновые заболевания – хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями или хронический алкоголизм с полиорганными

поражениями. Исключение – хронический алкоголизм, юридически документированный при жизни специалистом наркологом<sup>1-5</sup>

Коды рубрик J00.- - J12.- «острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей» (кроме гриппа и некоторых других, требующих комиссионной клинко-анатомической экспертизы летального исхода с участием главных внештатных специалистов ДЗМ) не употребляются в любой строке части I МСС. Могут быть редко, в виде исключения, указаны в части II МСС<sup>1-5</sup>.

При кодировании пневмоний не следует использовать коды J16.8, J18.2, J18.8, J18.9, как и для ХОБЛ – коды J42.-.

Код C80.9 используется со значением «раковая кахексия» при злокачественных новообразованиях (но не с текстом «злокачественное новообразование без уточненной локализации») и только как смертельное осложнение в диагнозе и в строке «а») части I МСС. Не следует для этой цели использовать код R64<sup>1-5</sup>.

Код C97 - «злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций» в диагнозах и МСС не применяется. Вместо этого используется код (и название) наиболее тяжелого злокачественные новообразования на момент кодирования, или наиболее распространенного по стадии, или, в случаях если невозможно определить приоритет, то отдают предпочтение тому, по поводу которого осуществлялась последняя госпитализация и, соответственно, проводилось лечение. Вторая опухоль указывается в рубриках диагноза как «иное заболевание, способствующее смерти – конкурирующее или сочетанное» или «сопутствующее заболевание» и вносится в часть II МСС (также и третья опухоль, при наличии). Понятие метакронное/синхронное первично-множественное злокачественное новообразование сохраняется в диагнозе до рубрики «основное заболевание» как подзаголовок (в электронном документе следует вписывать в поле «расширенный текст» для основного заболевания<sup>1-5</sup>).

Сахарный диабет (коды рубрик E10.- - E14.-) указывается в качестве основного заболевания в диагнозе и ППС в строках «б») или «в») части I МСС при разных видах диабетической комы, диабетической стопы с гангреной, синдроме Киммельстила-Уилсона (диабетической нефропатии с уремией). При основных заболеваниях из класса болезней системы кровообращения, сахарный диабет записывается в рубрике диагноза «Иные заболевания, способствующие смерти – фоновое заболевание» и в части II МСС. Даже если сахарный диабет указан в диагнозе в рубрике «Сопутствующие заболевания», его следует записать в часть II МСС. Не является ошибкой указание сахарного диабета в качестве основного заболевания и ППС при тяжелых диабетических полиорганных

поражениях (головного мозга, сердца, почек, нижних конечностей, особенно с развитием инсультов или инфарктов миокарда типа 1), что рекомендуется Минздравом России<sup>20</sup>.

Код R54 – «старость» в диагнозах и МСС не употребляется. По правилам МКБ-10 код R.54 «Старость» (XVIII класс МКБ-10) входит в перечень неточно обозначенных состояний и не может выбираться в качестве ППС при наличии любого другого заболевания (состояния). У лиц, старше 80 лет, особенно после проведения вскрытия всегда выявляется различная патология, которая делает невозможным использование состояния «Старость» в качестве ППС<sup>1-5, 20</sup>.

Не допускается подмена кода I67.8 - «хроническая ишемия головного мозга» (атеросклеротическая, сосудистая энцефалопатия) кодами «G» из VI класса МКБ-10 «Болезни нервной системы». Например, недопустима подмена кода I67.8 кодами рубрик G31.- – «другие дегенеративные болезни нервной системы», G93.- «другие поражения головного мозга» и т.д. Но при болезнях Альцгеймера, Паркинсона и некоторых других также недопустимо выбирать ХИГМ основным заболеванием, несмотря на атеросклероз артерий головного мозга (он есть у всех)<sup>1-5</sup>.

---

<sup>20</sup> Письмо Минздрава России от 2022 г. с методическими рекомендациями ЦНИИОИЗ от 27.07.2022 г. № 7-22.

Перечни кодов МКБ-10, которые не следует использовать для шифрования ППС и в части II МСС по правилам МКБ-10 и рекомендациям ЦНИИОИЗ<sup>1</sup>, представлены в Приложении 2.

## Приложение 1

### **Перечень кодов МКБ-10 для шифрования алкоголь-ассоциированных соматических заболеваний и отравления алкоголем и его суррогатами**

Хронический алкоголизм, подтвержденный записью в медицинской документации наркологом (коды F10.2-F10.5), а также психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без или с синдромом зависимости – «хроническая алкогольная интоксикация» (коды F10.1 – F10.2) могут быть указаны в части II МСС (фоновые заболевания в рубриках диагноза: иные заболевания (состояния), способствовавшие смерти или сопутствующие заболевания)<sup>1-5</sup>. Хронический алкоголизм, документированный при жизни наркологом, может быть указан основным заболеванием (ППС)<sup>1-5</sup>. Ниже представлен перечень алкоголь-ассоциированных заболеваний органов по МКБ-10, которые могут быть указаны в качестве ППС (основных заболеваний) или «иных заболеваний», или сопутствующих заболеваний, даже без документированного при жизни злоупотребления алкоголем. Этот диагноз могут и должны при соответствующих признаках устанавливать как врачи-клиницисты, так и патологоанатомы и судебно-

медицинские эксперты. Следует, однако, иметь в виду, что такие признаки достаточно неспецифичны, и эти диагнозы требуют убедительного подтверждения<sup>1-5</sup>.

E24.4 - псевдо-Иценко–Кушинга синдром, вызванный алкоголем;  
G31.2 - дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (алкогольная энцефалопатия); алкоголизм: мозжечковый (атаксия, дегенерация), церебральная дегенерация, энцефалопатия, расстройство вегетативной (автономной) нервной системы, вызванное алкоголем  
G40.5 - эпилептические припадки, связанные с употреблением алкоголя  
G62.1 - алкогольная полиневропатия  
G72.1 - алкогольная миопатия  
I42.6 - алкогольная кардиомиопатия  
K20 - эзофагит: химический  
K22.1 - язва пищевода, эрозия пищевода, вызванная приемом химических веществ  
K29.2 - алкогольный гастрит  
K52.1 - токсический гастроэнтерит и колит  
K70.0 - алкогольная жировая болезнь печени  
K70.1 - алкогольный гепатит (хронический)  
K70.2 - алкогольный фиброз и склероз печени  
K86.0 - хронический алкоголь-индуцированный панкреатит  
K85.2 - острый алкоголь-индуцированный панкреатит (алкогольный панкреонекроз)

Отравление алкоголем и его суррогатами – «токсическое действие алкоголя» шифруется по МКБ 10 кодом T51.0<sup>1-5</sup>.

Для другой алкогольной органной соматической патологии, такой как веноокклюзионные поражения печени с синдромом портальной гипертензии и IgA-нефрит (нередко вызванный алкоголем) и др., следует использовать соответствующие коды МКБ-10, представленные без указания на алкогольный характер патологического процесса<sup>1-5</sup>.

## Приложение 2

### **Коды, которые по правилам МКБ-10 не используют для шифрования основного заболевания (первоначальной причины смерти в части I МСС) и иных заболеваний, способствующих смерти (часть II МСС)**

B95.0–B95.5, B95.6–B95.8, B96.0, B96.1–B96.2, B96.3, B96.4–B96.8, B97.0, B97.1, B97.2, B97.3, B97.4–B97.5, B97.6, B97.7, B97.8, B98.0–B98.1  
C77–C79, C97  
E89.–  
F10.0, F11.0, F12.0, F13.0, F14.0, F15.0, F16.0, F17.0, F18.0, F19.0  
G97.–  
H59.–, H95.–,  
I15.1, I15.2, I22.–, I23.–, I24.0, I25.2, I46.0, I46.9, I65.–, I66.–, I97.–  
J95.–  
K91.–  
M96.–  
N99.–  
O08.–, O80–O84. O94  
P70.3–P72.0, P72.2–P74, P95  
R57.2, R65.0–R65.1, R65.9, R69.–  
S00–T98;  
Y90–Y98;

**Коды, которые по правилам МКБ-10 не используют для кодирования ППС (основного заболевания) и в части II МСС, а кодируют исходное инфекционное заболевание. Если исходное инфекционное заболевание не упомянуто, кодируют кодом, указанным в скобках**

U82.0-U82.9 (кодируют B99)

U83.0-U83.9 (кодируют B99)

U84.0 (кодируют B89)

U84.1 (кодируют B49)

U84.2 (кодируют B34.9)

U84.3 (кодируют A16.9)

U84.7 (кодируют B99)

U84.8 (кодируют B99)

U84.9 (кодируют B99)

U85 (кодируют C80.9)

**Коды, которые по правилам МКБ-10 не используют для ППС (основного заболевания) – это коды, в основном, осложнений разных заболеваний**  
F03–F09, F17.–, F70–F79, F80.–, F81.–, G40.5, G81.–, G82.–, G83.–, H54.–, H90–H91  
I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9, N46, N97.–, O30.–, P07.–, P08.–, T79.–