



Унификация требований к формулировке диагноза – ключевое звено в совершенствовании статистики заболеваемости и причин смерти населения

О.В. Зайратьянц¹,
П.Г. Мальков^{2, 3},
Л.В. Кактурский⁴

¹ ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России

² ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва

³ ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

⁴ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека», Москва

Структура диагноза должна включать следующие рубрики: основное заболевание, осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания. В рубрике «Основное заболевание» указывается только то заболевание (состояние), которое стало поводом для проведения лечебно-диагностических мероприятий во время последнего эпизода оказания медицинской помощи, а при летальном исходе само по себе или через свои осложнения могло привести к смерти. Это заболевание (состояние) указывается и кодируется в части I медицинского свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти. В соответствующих пунктах части I свидетельства о смерти записываются непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) и так называемые промежуточные состояния, которые выбираются из раздела «Осложнения основного заболевания», но не кодируются. При коморбидности прочие важные заболевания (состояния), ставшие поводом для оказания медицинской помощи, а при летальном исходе способствовавшие смерти, определенные как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания, указываются в диагнозе в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание» и вносятся, соответственно, в часть II медицинского свидетельства о смерти с соответствующими кодами по МКБ-10. Сопутствующие заболевания (состояния) в медицинское свидетельство о смерти не выносятся и не кодируются как не имевшие причинно-следственной связи с основным заболеванием, а при летальном исходе не повлиявшие на наступление летального исхода.

Ключевые слова:
структура диагноза, медицинское свидетельство о смерти, статистика заболеваемости и смертности, коморбидные состояния

Standardization of requirements to structure of diagnosis – a key element in improving morbidity statistics and causes of death in population

*O.V. Zayratyants¹,
P.G. Mal'kov^{2,3},
L.V. Kaktursky⁴*

¹ Moscow State University of Medicine and Dentistry

² Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

³ Lomonosov Moscow State University

⁴ Research Institute of Human Morphology, Moscow

Diagnosis structure should include the following headings: "main disease", "complications of the underlying disease" and "comorbidities". Section "main disease" includes only disease (or condition), which was the reason for diagnostic and treatment activities during the last episode of care, and might lead to death by itself or due to its complications. This disease (or condition) is reported and encoded in Part I of the medical death certificate as the primary cause of death. Direct cause of death (or fatal complication) and so-called intermediate conditions, which are selected from section "Complications of underlying disease", but not encoded, are reported in relevant paragraphs of Part I of the death certificate. In case of comorbidities other important diseases (or conditions), which were the reason for medical care, or predisposed to death in case of lethal outcome, defined as competing, intercurrent and/or underlying, are reported in the diagnosis in additional category after section "main disease" and described, respectively in Part II of the medical death certificate with appropriate codes according to ICD-10. Comorbidities (or coexisting conditions) are not reported in the medical certificate of death and are not coded as ones not having causal relationship with main disease, and not influencing lethal outcome in case of death.

Keywords:

structure of the diagnosis, the medical certificate of death, morbidity and mortality statistics, comorbidities

Статистические данные о заболеваемости и причинах смерти населения в разных субъектах и регионах РФ нередко значительно различаются, что, как показали в том числе выборочные проверки, не может быть объяснено только объективными причинами. Одна из основных причин расхождений показателей заключается в том, что в разных медицинских организациях в настоящее время применяются различные и нередко взаимоисключающие рекомендации по формулировке и кодированию диагноза, а также оформлению медицинского свидетельства о смерти. В результате этого статистика заболеваемости и причин смертности населения недостоверна и не сопоставима между регионами.

Региональные нормативно-распорядительные документы, а также материалы учебных

пособий по патологической анатомии для до- и последипломного образования по правилам формулировки и кодированию диагноза, а также оформлению свидетельства о смерти не только противоречат федеральным, но и в своих отдельных положениях уже не соответствуют как Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 [8], так и требованиям экспертов ВОЗ, изложенным в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ, в настоящее время 10-го пересмотра – МКБ-10) [5].

В то же время некоторые федеральные распорядительные документы [7–9] ограничивают диагноз тремя рубриками: основное заболевание, осложнения основного заболевания и со-

путствующие заболевания, которые впервые были введены еще приказом Минздрава СССР № 4 от 03.01.1952. При коморбидности, частота которой, как известно, у больных старше 50 лет превышает 50% [6], прочие, помимо основного, важнейшие заболевания, потребовавшие проведения лечебно-диагностических мероприятий, а при летальном исходе повлиявшие на его наступление, рекомендуется указывать в рубрике «Сопутствующие заболевания», что противоречит его определению, данному как в Федеральном законе № 323-ФЗ [13], так и в МКБ-10 [5], а также в методических документах патологоанатомической службы [2, 4, 6, 12]. Следует, однако, отметить, что и в последних ошибочно рекомендуется указывать сопутствующие заболевания в части II свидетельства о смерти наряду с коморбидными заболеваниями, что не допускается экспертами ВОЗ [5]. К сожалению, такой монокаузальный подход к структуре диагноза с ограничением его только основным заболеванием без учета возможной коморбидности лег в основу экономики здравоохранения, в частности взаимодействия медицинских и страховых организаций [11].

Противоречат региональные требования и рекомендации патологоанатомической службы федеральным и в плане обязательного или необязательного заполнения и кодирования в свидетельствах о смерти всех без исключения строк в части I (п. а–в) [2, 4, 6–9, 12]. Следует отметить, что на практике ситуаций, требующих заполнения всех этих пунктов, не так много, и это особо оговорено в МКБ-10.

Проблема усугубляется тем, что в отличие от большинства стран мира на врачей, и на клиницистов, и на патологоанатомов, возложены функции не только формулировки диагноза, но и кодирования его в соответствии с требованиями действующей МКБ, что за рубежом практически повсеместно входит в обязанности специалистов по медицинской статистике. Приказом Минздрава России № 398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» от 04.12.1996 за врачами-патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами было окончательно закреплено требо-

вание кодировать медицинскую документацию результатов вскрытий (диагнозы и медицинские свидетельства о смерти) по МКБ. Для сравнения, в международной форме свидетельства о смерти, которая заполняется врачами и для примера представлена в МКБ-10, в отличие от принятых в РФ бланков свидетельств о смерти, вообще нет графы для кодов МКБ [5]. Несмотря на многолетнюю большую работу, проводимую в системе последипломного образования по обучению врачей этой не свойственной им функции, следует признать, что такой подход малоперспективен и это одна из основных причин дефектов в статистике заболеваемости и смертности населения.

Все вышесказанное диктует необходимость безотлагательного приведения в соответствие с современными требованиями и согласования с Минздравом России и профессиональными медицинскими ассоциациями единых и обязательных для исполнения правил формулировки, кодирования диагноза и оформления медицинского свидетельства о смерти.

Приоритет исследований по теории диагноза принадлежит российским ученым. Основы учения о диагнозе были заложены в 1970–1980-е гг. в трудах И.В. Давыдовского, А.И. Струкова, А.М. Вихерта, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова, В.В. Серова, О.К. Хмельницкого, Г.Г. Автандилова и др. [2, 6]. Были детально обоснованы и внедрены в практику варианты формулировки, кодирования диагноза и оформления свидетельства о смерти как при одном заболевании (состоянии), так и при сочетании нескольких нозологических форм [1, 2, 6]. Правилами ВОЗ определено, что ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации, поэтому по возможности рекомендуется проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам [5]. Множественность заболеваний и причин смерти определяется как коморбидность (термин предложен А.Р. Feinstein в 1970 г. [15]). В МКБ-10 особо подчеркивается, что, поскольку международных правил на этот счет не существует, такой анализ следует делать в соответствии с местными правилами [5, с. 107].

В порядке реализации этой рекомендации ВОЗ были разработаны местные (национальные) правила анализа заболеваемости и смертности по множественным причинам. В 1971 г. Г.Г. Автандиловым с целью учета и анализа заболеваемости и смертности по множественным причинам было предложено понятие «комбинированное основное заболевание» на основе выделения моно-, би- и мультикаузального типов диагнозов [1]. Комбинированное основное заболевание, представленное или двумя конкурирующими, или сочетанными, или основным и фоновым заболеваниями, нашло широкое применение. Были разработаны правила выделения нозологической единицы, выставляемой на первое место в комбинированном основном заболевании, как основной единицы учета при статистическом анализе заболеваемости и первоначальной причины смерти при летальном исходе [2, 4, 6, 12]. Однако, как справедливо указывается в рекомендациях Минздрава России, подмена рубрики «Основное заболевание» понятием «комбинированное основное заболевание» при коморбидности в настоящее время нарушает требования действующего федерального законодательства и МКБ-10, а при летальных исходах излишне усложняет выбор так называемой первоначальной причины смерти – основы статистики причин смерти населения [7–9].

В основу совершенствования правил формулировки диагноза и, при летальных исходах, оформления медицинского свидетельства о смерти должны быть положены современные дефиниции и требования действующего законодательства РФ (Федеральный закон № 323-ФЗ) и экспертов ВОЗ, отраженные в МКБ-10.

Диагноз (греч. διάγνωσις – распознавание) – медицинское заключение о состоянии здоровья, об имеющемся заболевании (травме, состоянии), выраженное в терминах, предусмотренных принятыми классификациями и номенклатурой болезней, обозначающих название болезней (состояний), их форм, вариантов течения и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента. Содержанием диагноза также могут быть особые физиологические

состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге [2, 4, 6, 12, 14].

Заболевание определяется как нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма [13, ст. 2, ч. 16].

Состояние определяется как изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи [13, ст. 2, ч. 17].

Ведущий принцип формулирования диагноза в медицине – нозологический. Приведем некоторые термины и определения в соответствии с отраслевым стандартом ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001 [10]:

1) **нозологическая форма (единица)** определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния;

2) **синдром** – это состояние, развивающееся вследствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих вместе с тем и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате диагностики, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание

состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля осуществления этих мероприятий [13, ст. 2, ч. 7].

Исходя из вышеизложенных положений федерального законодательства диагноз наделен разнообразными функциями:

1) *медицинской*: диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий [14], а также служит для оценки прогноза развития заболевания;

2) *социальной*: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, а также экспертиза качества оказания медицинской помощи) [13, ст. 58];

3) *экономической*: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи [13, ст. 37] и клинических рекомендаций (протоколов лечения) [13, ст. 76, ч. 2].

4) *статистической*: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения [13, ст. 80, ч. 7; ст. 81, ч. 4, п. 3].

Принимая во внимание законодательно установленный приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [13, ст. 6], ни одна функция диагноза не может быть реализована за счет создания условий, которые могут обеспечить снижение качества оказания медицинской помощи. И потому диагноз всегда должен представлять собой полноценное, насколько это возможно в конкретных условиях, медицинское заключение о состоянии здоровья и об имеющемся заболевании (состоянии). Медицинская и социальная

функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. В связи с этим подчеркиваем, что недопустимо любое выхолащивание или упрощение диагноза, мотивируемое необходимостью подогнать его под стандартизованные формулировки, схемы или правила.

В российском здравоохранении традиционно принята общая структура диагноза, строго отвечающая требованиям ВОЗ и включающая следующие составные части, или рубрики:

1. основное заболевание – 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 [13, ст. 2, ч. 18];

2. сопутствующее заболевание – 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 [13, ст. 2, ч. 19].

Следует обратить внимание на то, что понятия «основное заболевание» и «сопутствующее заболевание» определены законодательно и не подлежат модификациям при дальнейшем обсуждении этих терминов.

Из законодательно установленного определения основного заболевания следует обязательность наличия в структуре диагноза рубрики «Осложнения основного заболевания», которые определяют первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводят к инвалидности, либо становятся причиной смерти. Исходя из этого положения общая структура диагноза должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание.
2. Осложнения основного заболевания.
3. Сопутствующие заболевания.

Такая рубрификация диагноза впервые была утверждена приказом Минздрава СССР от 03.01.1952 № 4 и без изменений сохранилась до наших дней в бланках медицинских карт.

Но даже при этой простейшей конструкции диагноза могут возникнуть трудности при выборе основного и сопутствующих заболеваний (состояний), поэтому эксперты ВОЗ приняли ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются при анализе заболеваемости и смертности [5].

Так, за состояние (заболевание), которое следует использовать для анализа заболеваемости по единичной причине, рекомендовано принимать такое, по поводу которого проводилось лечение или обследование во время соответствующего эпизода обращения за медицинской помощью. При этом как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов [5, с. 107].

Для анализа причин смерти эксперты ВОЗ ввели понятие «первоначальная причина смерти», которое определяется как болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или обстоятельства несчастного случая либо акта насилия, которые вызвали смертельную травму [5, с. 34]. Смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти), определяется как непосредственная причина смерти [5, с. 35].

Таким образом, понятие первоначальной причины смерти аналогично понятию основного заболевания, а понятие непосредственной причины смерти – смертельному осложнению основного заболевания.

Сопутствующие заболевания, поскольку они не способствуют смерти и не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти [13, ст. 2, ч. 19], в статистике причин смерти не используются и потому в медицинское свидетельство о смерти не выносятся.

В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как прочие важные забо-

левания (состояния), способствовавшие смерти [5, с. 35]. В конструкции диагноза такие коморбидные заболевания (состояния) целесообразно указывать как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания (состояния) в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание». Они должны иметь общие осложнения с основным заболеванием, так как они совместно вызывают цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Исходя из этих положений структура диагноза при коморбидности должна быть представлена следующими рубриками:

1. Основное заболевание.

2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания, при наличии).

3. Осложнения основного (и коморбидных, при наличии) заболеваний.

4. Сопутствующие заболевания.

Конкурирующее заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший, и каждая из них по отдельности, несомненно, могла привести к смерти [2, 4, 6, 12].

Сочетанное заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший, и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них по отдельности не вызвало бы летального исхода [2, 4, 6, 12].

Фоновое заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которая стала одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (состояния), отягощающего его течение и способствующего возникновению общих смертельных осложнений, приведших к летальному исходу [2, 4, 6, 12].

В соответствии с правилами ВОЗ, в качестве первоначальной причины смерти должно учитываться только одно из этих состояний, выбранное в соответствии с таблицами рангов, рекомендованными ВОЗ [5, с. 69–72]. В диагнозе это заболевание (состояние) указывается в ру-

брике «Основное заболевание» и вписывается в часть I медицинского свидетельства о смерти. Все прочие заболевания (состояния), связанные с причиной смерти (конкурирующие, сочетанные и фоновые), в соответствии с рекомендациями о необходимости анализа по множественным причинам, должны быть отражены в части II медицинского свидетельства о смерти как прочие важные состояния, способствовавшие смерти.

Таким образом, структура диагноза должна включать следующие рубрики: основное заболевание, осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания. В рубрике «Основное заболевание» указывается только то заболевание (состояние), которое стало поводом для проведения лечебно-диагностических мероприятий во время последнего эпизода оказания медицинской помощи, а при летальном исходе само по себе или через свои осложнения могло привести к смерти. Это заболевание (состояние) указывается и кодируется в части I медицинского свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти. В со-

ответствующих пунктах части I свидетельства о смерти записываются непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) и так называемые промежуточные состояния, которые выбираются из раздела «Осложнения основного заболевания», но не кодируются. При коморбидности прочие важные заболевания (состояния), ставшие поводом для оказания медицинской помощи, а при летальном исходе способствовавшие смерти, определенные как конкурирующие, сочетанные и/или фоновые заболевания, указываются в диагнозе в дополнительной рубрике после рубрики «Основное заболевание» и вносятся, соответственно, в часть II медицинского свидетельства о смерти с соответствующими кодами по МКБ-10. Сопутствующие заболевания (состояния) в медицинское свидетельство о смерти не выносятся и не кодируются как не имевшие причинно-следственной связи с основным заболеванием, а при летальном исходе не повлиявшие на наступление летального исхода.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Зайратьянц Олег Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, вице-президент Российского и председатель Московского обществ патологоанатомов

E-mail: ovzair@mail.ru

Мальков Павел Георгиевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, руководитель курса патологической анатомии кафедры физиологии и общей патологии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

Кактурский Лев Владимирович – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека», президент Российского общества патологоанатомов (Москва)

E-mail: levkaktur@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти в ра-

боте патологоанатомов // Архив патологии. 1971. Т. 8 С. 66–71.

2. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза: учеб. пособие. М. : Медицина, 2004.
3. Большая медицинская энциклопедия / Под ред. Б.В. Петровского. М. : Советская энциклопедия, 1977.
4. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. М. : МИА, 2011.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. В 3 т. Женева : ВОЗ, 1995.
6. Патологическая анатомия. Национальное руководство / Под ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
7. Письмо Минздрава России от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».
8. Письмо Минздрава России от 26.04.2011 № 14-9/10/2-4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса IX МКБ-10».
9. Письмо Минздрава России 14.03.2013 № 13-7/10/2-1691 «Применение принципов кодирования некоторых заболеваний класса IX болезней системы кровообращения по МКБ-10».
10. Приказ Минздрава России от 22.01.2001 № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001».
11. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (в последней редакции приказа от 16.08.2011 № 144 и т.д.) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
12. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Вып. 1 / Под ред. Р.У. Хабриева, М.А. Пальцева. М. : Медицина для всех, 2007.
13. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4257; № 49, ст. 6927; 2015, № 10, ст. 1425; № 29, ст. 4397).
14. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Под ред. Б.В. Петровского. М. : Советская энциклопедия, 1982.
15. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease // J. Chron. Dis. 1970. Vol. 23 (7). P. 455–468.

REFERENCES

1. Avtandilov G.G. International statistical classification of diseases, injuries and causes of death in the work of pathologists. Arkhiv patologii [Archives of Pathology].1971. Vol. 8: 66–71. (in Russian)
2. Avtandilov G.G., Zayratyants O.V., Kaktursky L.V. Making the diagnosis: a training manual. Moscow: Medicina, 2004. (in Russian)
3. Great Medical Encyclopedia / Ed. By B.V. Petrovsky. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya, 1977. (in Russian)
4. Zayratyants O.V., Kaktursky L.V. Formulation and comparison of clinical and pathologic diagnoses. Moscow: MIA, 2011 (in Russian)
5. International Statistical Classification of Diseases and Related Health. 10 revision. Official Russian edition. In 3 volumes. Geneva: WHO, 1995. (in Russian)
6. Pathological anatomy. National leadership / Ed. by M.A. Paltsev, L.V. Kaktursky, O.V. Zayratyants. Moscow: GEOTAR-Media, 2011. (in Russian)
7. Letter from the Russian Ministry of Health of 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 "On the procedure for issuing and filling of medical certificates of birth and death". (in Russian)
8. Letter from the Russian Ministry of Health of 26.04.2011 № 14-9/10/2-4150 "On peculiarities of coding certain diseases Chapter IX of ICD-10." (in Russian)
9. Letter from the Russian Health Ministry 14.03.2013 № 13-7 / 10 / 2-1691 "Applying the principles of coding certain diseases Chapter IX Diseases of the circulatory system of the ICD-10". (in Russian)
10. Order of the Russian Ministry of Health of 22.01.2001 № 12 "Terms and definitions of standards in

health care. Industry Standard OST TO № 91500.01.0005-2001». (in Russian)

11. The order of Federal Mandatory Health Insurance Fund of 01.12.2010 No. 230 (in the subsequent edition of the order of 16.08.2011 No. 144, etc.) "About the statement of the Order of the organization and monitoring procedure of volumes, terms, quality and conditions of providing medical care on obligatory medical insurance". (in Russian)

12. The system of voluntary certification processes under pathological (postmortem) studies and pathological services in health care. Issue1. Ed. by R.U. Khabriev, M.A. Paltsev. Moscow: Meditsina dlya vsekh, 2007 (in Russian)

13. The Federal Law of 21.11.2011 № 323-FZ "On the basis of the health of citizens in the Russian Federation" (Collected Legislation of the Russian Federation, 2011, N 48, article 6724, 2013, N 48, article 6165, 2014, N 30, article 4257; N 49, article 6927, 2015, N 10, article1425, N 29, article 4397). (in Russian)

14. Encyclopedic Dictionary of medical terms. Ed. by B.V. Petrovsky. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya, 1982. (in Russian)

15. Feinstein A.R. Pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. J Chron Dis. 1970; Vol. 23 (7): 455–68.