

## **Особенности кодирования заболеваемости и причин смерти по классу болезней системы кровообращения.**

Вайсман Давид Александрович, Директор ГУЗ ТО «Тульский областной МИАЦ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Всегда должны быть записаны «другие» состояния, относящиеся к эпизодам медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию

даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода МКБ для «основного» состояния.

Прежде всего, следует отметить, что почти вся регистрируемая **заболеваемость** является заболеваемостью по обращаемости, то есть она не отражает истинной заболеваемости населения. Это связано с тем, что не все больные обращаются в учреждения здравоохранения в случае болезни.

Различают следующие основные виды заболеваемости:

- общая заболеваемость (распространенность, болезненность) – все заболевания, зарегистрированные в течение календарного года как с «+» (выявленные впервые в жизни), так и с «-» (зарегистрированные ранее);
- первичная – выявленная впервые в жизни;
- больничная заболеваемость – состав госпитализированных больных по диагнозам;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности – заболеваемость трудоспособного работающего населения.

**Статистика заболеваемости** включает госпитальную и амбулаторно-поликлиническую заболеваемость.

В статистике **госпитальной** заболеваемости анализ проводится по единичной причине – «основному» заболеванию, которое определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния, выбирают то, на которое пришлась наибольшая часть использованных ресурсов.

При выписке больного из стационара на него заполняется «Статистическая карта выбывшего из стационара», в которой указываются следующие диагнозы:

1. **Заключительный клинический рубрифицированный диагноз** – полностью, без сокращений (основной с осложнениями, фоновый, конкурирующий, все сопутствующие заболевания), при этом кодируется только один – основной диагноз. Этот код идет в разработку для **государственной статистической отчетной формы № 14** («Сведения о деятельности стационара»), если пациент выписан живым.

2. В случае смерти пациента, если было произведено вскрытие трупа, указывается патологоанатомический диагноз, также рубрифицированный. Кодируется также только основной диагноз.

3. В случае смерти пациента, независимо от того, было ли произведено вскрытие или нет, заполняется раздел причин смерти, кодируется только первоначальная причина смерти, и ее код используется для разработки графы «умершие» таблицы 2000 **государственной статистической отчетной формы № 14**.

«Статистическая карта выбывшего из стационара» хранится в учреждении здравоохранения 10 лет и, в случае утери «Медицинской карты стационарного больного», может служить источником информации о госпитализации, поэтому она должна содержать полные сведения обо всех вышеуказанных диагнозах.

В статистике **амбулаторно-поликлинической** заболеваемости учитываются коды всех заболеваний, как основного, так и фонового, и конкурирующего и всех сопутствующих.

Для этого должен быть заполнен «Талон амбулаторного пациента», в котором перечисляются все формулировки диагнозов, выставленные на амбулаторном приеме у врача, и все соответствующие им коды по МКБ-10. Данный учетный документ служит основанием для составления отчетов: **государственная статистическая отчетная форма № 30** («Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», раздел «Деятельность поликлиники») и **государственная статистическая отчетная форма № 12** («Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»).

После выписки из стационара эпикриз на больного должен быть направлен в поликлинику, где все перечисленные в нем заболевания записываются в «Талон амбулаторного пациента», далее все они кодируются по МКБ-10 для **государственной отчетной статистической формы № 12**, независимо от того, пришел пациент на прием или нет.

Если пациент с эпикризом пришел на прием лично, то в «Талоне амбулаторного пациента» учитываются данные обо всех заболеваниях и о текущем посещении. Если пациент на прием не пришел, то «Талон амбулаторного пациента» заполняется для учета всех имеющихся заболеваний, но без отметки о посещении.

Коды всех заболеваний учитываются в «Талоне амбулаторного пациента» один раз в календарном году, причем, если заболевание выявлено впервые в жизни – с «+», а если оно ранее регистрировалось – с «-».

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

Первоначальная причина смерти – это:

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

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

Пункт 19 раздела «Причины смерти» Медицинского свидетельства о смерти должен быть заполнен на основании первичной медицинской документации – «посмертного эпикриза», в заключительной части которого

должен быть четко отражен заключительный диагноз: основной клинический, или патологоанатомический диагноз с осложнениями, фоновые, конкурирующие и сопутствующие заболевания.

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

в каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена строка подпункта а), строки подпунктов а) и б) или строки подпунктов а), б) и в). Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления;

заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на строку подпункта в). Затем выбирается 1-2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины;

в части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

Часть II пункта 19 включает прочие причины смерти - это те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в часть II пункта 19 Медицинского свидетельства.

Не рекомендуется включать в Медицинское свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Медицинском свидетельстве кодируют все записанные заболевания

(состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе "Код по МКБ-10" напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях).

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

Если свидетельство заполнено в соответствии с установленными требованиями и соблюдена логическая последовательность, то в соответствии с «Общим принципом» первоначальная причина смерти всегда будет находиться на самой нижней заполненной строке раздела 1.

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

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

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

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

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

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

Примерная формулировка заключительного клинического диагноза:

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

Осложнения: кардиогенный шок

фибрилляция предсердий, отек легких

Если пациент не обращался в поликлинику, а поступил в стационар с диагнозом острого или повторного инфаркта миокарда, то в пределах данного эпизода регистрируют острый или повторный инфаркт миокарда. В случае летального исхода, независимо от продолжительности госпитализации, также регистрируется острый или повторный инфаркт миокарда.

Снятие с учета производят через 28 дней после начала заболевания в связи с постановкой на учет по другому заболеванию (постинфарктный кардиосклероз), или в связи со смертью.

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

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

- в остальных случаях первоначальной причиной смерти следует считать острый или повторный инфаркт миокарда (коды I21-I22) в промежуток времени не позднее 28 дней (если речь не идет об эпизоде);

- если установленная продолжительность превышает 28 дней, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8 (МКБ-10, т. 1, ч. 1, стр. 492);

- код I25.2 в качестве первоначальной причины смерти не применяется, данное состояние обозначает инфаркт миокарда, перенесенный в прошлом и диагностированный по ЭКГ, в настоящее время – бессимптомный. При наличии в первичной медицинской документации записи о перенесенном в прошлом инфаркте миокарда как единичном состоянии и отсутствии диагнозов других заболеваний, первоначальной причиной смерти следует считать постинфарктный кардиосклероз, код I25.8;

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

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

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

### **Блок «Цереброваскулярные болезни» (I60-I69).**

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

Повторные острые формы цереброваскулярных болезней, определяемые как основные состояния, диагностированные в течение эпизода оказания медицинской помощи (амбулаторно или стационарно до 30 дней) всегда регистрируются как острые впервые выявленные заболевания (со знаком +), даже если эпизод закончился позднее 30 дней.

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

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

Согласно правилам МКБ, для регистрации летальных исходов рубрики I65-I66 не должны использоваться.

В статистике летальности (смертности) в качестве первоначальной причины используются коды острых форм (рубрики I60-I64) и последствий цереброваскулярных болезней (рубрика I69).

Примерная формулировка заключительного клинического диагноза:

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

Осложнения: отек мозга

правосторонний гемипарез

тотальная афазия

Если пациент не обращался в поликлинику, поступил в стационар с диагнозом одной из острых форм цереброваскулярных болезней, и госпитализация продолжалась до 30 дней и более, то регистрируют острую форму цереброваскулярных болезней; если госпитализация была начата позже 30 дней, то регистрация производится по заключительному клиническому диагнозу – одной из хронических форм, классифицированных в рубрике I67 или состояний в рубриках конкретных неврологических расстройств, но не по последствиям цереброваскулярных болезней (рубрика I69).

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

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