

«Утверждаю»

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



В.И. Стародубов

_____ 2018 года

**ПОРЯДОК СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА
И КОДИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ
ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ В СТАТИСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ**

Методические рекомендации

**Использована Международная
статистическая классификация
болезней и проблем, связанных
со здоровьем, Десятого пере-
смотра, с обновлениями ВОЗ
1996-2016 гг.**

г. Москва, 2018 год

Составители:

Вайсман Д.Ш., доктор мед. наук
Леонов С.А., доктор мед. наук, профессор
Савина А.А., кандидат мед. наук

**ПОРЯДОК СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА И КОДИРОВАНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ
В СТАТИСТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ /**

Методические рекомендации. М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, - 2018, - 13 стр.

В методических рекомендациях изложен порядок статистического учета и кодирования хронических вирусных гепатитов и циррозов печени в статистике заболеваемости и смертности. Использована Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, с обновлениями ВОЗ 1996-2016 гг.

Приведены правила выбора первоначальной причины смерти и примеры оформления медицинских свидетельств о смерти.

Методические рекомендации предназначены для врачей терапевтов, инфекционистов, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, врачей-статистиков, организаторов здравоохранения.

Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования хронических вирусных гепатитов и циррозов печени в статистике заболеваемости и смертности

1. Общие положения

Методические рекомендации (далее Рекомендации) содержат порядок статистического учета и кодирования хронических вирусных гепатитов и циррозов печени в статистике заболеваемости и смертности.

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

Настоящие Рекомендации подготовлены с учетом официальных обновлений МКБ-10 1996-2016 г.г., принятых Всемирной организацией здравоохранения¹ (далее - ВОЗ).

2. МКБ-10

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

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

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

Классификация построена по иерархическому принципу: класс, блок, рубрика, подрубрика. Сердцевиной международной классификации болезней является трехзначный код, являющийся обязательным уровнем кодирования

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

данных о смертности для предоставления в ВОЗ, а также для проведения международных сравнений.

МКБ-10 состоит из трех томов:

Том 1 – состоит из двух частей (в английском варианте – одна) и содержит:

- полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, включающий преимущественно статистические (нозологические) формулировки диагнозов заболеваний (состояний), травм, внешних причин, факторов, влияющих на здоровье и обращений;

- кодированную номенклатуру морфологии новообразований;

- специальные перечни основных заболеваний (состояний) для сводных статистических разработок данных смертности и заболеваемости.

Том 2 – содержит основные сведения и правила пользования МКБ-10, инструкции по кодированию смертности и заболеваемости, форматы представления статистических данных и историю развития МКБ.

Том 3 – представляет собой алфавитный указатель болезней, травм и внешних причин, а также таблицу лекарственных средств и химических веществ, содержащую около 5,5 тыс. терминов.

Классификация разделена на 22 класса.

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

Классы подразделяются на неоднородные **блоки**, группировка болезней в которых различна (например, способ передачи инфекции, локализация новообразований и т.д.).

Блоки в свою очередь состоят из трехзначных **рубрик**, которые представляют собой код, состоящий из 3-х знаков – буквы и 2-х цифр. Некоторые из трехзначных рубрик представляют только одно заболевание, отобранное в зависимости от частоты встречаемости или значимости для здравоохранения. Другие - для групп болезней.

Большинство трехзначных рубрик подразделено еще на четырехзначные **подрубрики**, т.е. имеют 4-й знак. Подрубрики имеют неодинаковое содержание: это могут быть анатомические локализации, осложнения, варианты течения, формы болезней и т.д.

Четырехзначные подрубрики представлены знаками от 0 до 9. Рубрика может содержать не все 9 знаков, имеющих неодинаковый смысл. Чаще всего 4-й знак «8» означает «другие уточненные состояния», относящиеся к данной рубрике, которые в большинстве случаев включены в том 3 МКБ-10, называемый Алфавитным указателем.

3. Алгоритм кодирования диагнозов

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

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

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

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

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

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

3.6. Чтобы удостовериться в правильности выбранного в Указателе кодового номера, следует сопоставить его с рубриками 1 тома МКБ-10 и учесть, что трехзначный код в Указателе с тире на месте четвертого знака означает, что в томе 1 можно найти соответствующую подрубрику с четвертым знаком. Дальнейшее дробление таких рубрик с помощью дополнительных знаков кода в Указателе не приводится, и если оно используется, то должно быть указано в томе 1.

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

3.8. Затем формулировке диагноза необходимо присвоить код.

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

4. Принципы кодирования диагнозов, используемых в статистике заболеваемости по обращаемости

Практикующий врач, при оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а так же записать другие заболевания (фоновые, конкурирующие, сопутствующие).

Правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации помощи пациенту и является одним из ценных

источников эпидемиологической и иной статистической информации о заболеваемости и других проблемах, связанных с оказанием медицинской помощи.

Каждая «нозологическая» диагностическая формулировка должна быть по возможности более информативной, чтобы классифицировать состояние соответствующей рубрикой МКБ-10.

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

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

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

Всегда должны быть записаны «другие» состояния, относящиеся к эпизоду медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе или перевыборе «основного» состояния в соответствии с правилами МКБ-10.

5. Принципы кодирования причин смерти

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

Первоначальная причина смерти – это:

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

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

В случае смерти оформляется «Медицинское свидетельство о смерти» (далее – Свидетельство) – учетная форма № 106/у-08, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти» (зарегистрировано в Минюсте Российской Федерации 30.12.2008, регистрационный номер 13055).

Заполнение Свидетельства производится в соответствии с рекомендациями по порядку выдачи и заполнения медицинских свидетельств

о рождении и смерти (письмо Минздравсоцразвития России от 19 января 2009 г. № 14-6/10/2-178).

При этом должна быть обязательно указана логическая последовательность патогенеза болезни в соответствии с Общим принципом (МКБ-10, том 2, стр. 38). При неправильном оформлении Свидетельства применяют различные правила выбора первоначальной причины смерти или используют автоматизированные системы.

6. Особенности заполнения первичной медицинской документации и кодирования диагнозов

К основным видам учетной первичной медицинской документации медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях относятся:

«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – Карта) – учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом Российской Федерации 20.02.15 г., регистрационный номер 36160);

«Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – Талон) – учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.14 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Минюстом Российской Федерации 20.02.15 г., регистрационный номер 36160);

«Медицинская карта стационарного больного» (далее – Медкарта) – учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.80 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

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

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

При формулировании заключительного клинического диагноза его следует разбить на разделы. Общепризнанными считаются следующие разделы:

1. основное заболевание;

2. осложнения основного заболевания, которые необходимо сгруппировать по степени тяжести;
3. фоновые и конкурирующие болезни;
4. сопутствующие заболевания.

Основным считается то заболевание, которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти. При наличии более одного заболевания, «основным» считают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (МКБ-10, том 2, стр. 107).

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

Так как государственная статистика формируется только по одной причине, в качестве «основного» заболевания (состояния) должна быть записана только одна нозологическая единица.

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

Недопустимо в качестве диагноза применять названия классов, блоков и групп болезней («ишемические болезни сердца», «цереброваскулярные болезни», «общий атеросклероз» и т.д.). Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни. Проявления болезней в формулировку основного заболевания не включают.

Выбор «основного состояния» в статистике заболеваемости и первоначальной причины смерти в статистике смертности, а также кодирование заболеваний является обязанностью лечащего врача.

Врач-статистик или медицинский статистик отвечает за контроль качества кодирования и обязан проверить правильность кодирования диагнозов врачом, а в случае несоответствия – исправить код; если к записанному состоянию невозможно подобрать код МКБ-10, учетный первичный статистический документ должен быть возвращен врачу для исправления.

7. Классификация хронических гепатитов и циррозов печени

В соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10) **хронические вирусные гепатиты** относятся к классу I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)» и входят в рубрику B18:

- B18 Хронический вирусный гепатит
- B18.0 Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом
- B18.1 Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента
- B18.2 Хронический вирусный гепатит С

V18.8 Другой хронический вирусный гепатит

V18.9 Хронический вирусный гепатит неуточненный

Хронические гепатиты неинфекционной этиологии и циррозы печени относятся к классу XI «Болезни органов пищеварения», блоку «Болезни печени» (K70-K77):

K70.1 Алкогольный гепатит

K70.3 Алкогольный цирроз печени

K71.3 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического персистирующего гепатита

K71.4 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического лобулярного гепатита

K71.5 Токсическое поражение печени, протекающее по типу хронического активного гепатита

K71.6 Токсическое поражение печени с картиной гепатита, не классифицированное в других рубриках (токсический гепатит)

K73.0 Хронический персистирующий гепатит, не классифицированный в других рубриках

K73.1 Хронический лобулярный гепатит, не классифицированный в других рубриках

K73.2 Хронический активный гепатит, не классифицированный в других рубриках

K73.8 Другие хронические гепатиты, не классифицированные в других рубриках

K73.9 Хронический гепатит неуточненный

K74.3 Первичный билиарный цирроз

K74.4 Вторичный билиарный цирроз

K74.5 Билиарный цирроз неуточненный

K74.6 Другой и неуточненный цирроз печени (криптогенный, крупноузловой, мелкоузловой, смешанный, портальный, постнекротический, хронический, гепатолиенальный, гипертрофический, спленомегалический, постгепатический, трабекулярный, Крювелье-Баумгартена)

По данным ВОЗ острый гепатит длится около 6 месяцев, а затем переходит в хроническую форму.

В соответствии с решением Всемирного конгресса гастроэнтерологов (Лос-Анджелес, 1994) выделяют следующие хронические гепатиты:

По этиологии:

1. вирусный гепатит (хронический вирусный гепатит В, С, D, хронический вирусный гепатит неизвестного типа);
2. аутоиммунный гепатит;
3. хронический медикаментозный гепатит;
4. алкогольный гепатит;
5. токсический гепатит;

6. криптогенный (идиопатический) хронический гепатит.

Морфологически:

1. хронический активный гепатит (агрессивный) с различной степенью активности (с умеренной активностью; с резко выраженной активностью; некротизирующая форма; с внутриспеченочным холестазом);
2. хронический персистирующий гепатит;
3. хронический лобулярный гепатит.

По фазе течения:

1. обострение;
2. ремиссия.

Ряд других заболеваний печени может иметь клинические и гистологические черты хронического гепатита:

1. первичный билиарный цирроз;
2. болезнь Вильсона—Коновалова;
3. первичный склерозирующий холангит;
4. альфа-1-антитрипсиновая недостаточность печени.

8. Статистический учет пациентов с хроническими вирусными гепатитами и их исходами в цирроз и рак печени в статистике заболеваемости.

Статистический учет при хронических гепатитах и циррозах печени отличается от их клинической трактовки.

Клинически циррозы печени и гепатоцеллюлярный рак печени считаются исходами хронических вирусных гепатитов. При этом, статистически – это разные нозологические единицы, имеющие самостоятельный код МКБ-10 и учитываемые отдельно. Однако эти нозологические единицы учитываются все, как самостоятельные заболевания, т.е. у одного пациента могут быть 2 и более заболеваний, например, одновременно и хронический вирусный гепатит, и цирроз, и рак печени.

Для статистического учета хронических вирусных гепатитов, циррозов печени или гепатоцеллюлярного рака при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в первичной медицинской документации (Карта) производится соответствующая запись, в которой указываются: жалобы, объективные данные, данные лабораторных и инструментальных исследований и диагноз заболевания:

- основного (для врача-инфекциониста – это хронический вирусный гепатит, для врача-гастроэнтеролога – это цирроз печени, для врача-онколога – это гепатоцеллюлярный рак);

- осложнения основного заболевания;

- конкурирующего, фонового, сопутствующего.

Выбор основного состояния производится в соответствии с правилами МКБ-10 (том 2, стр. 107).

Для идентификации постгепатического цирроза печени (код К74.6) важно, чтобы у пациента были зарегистрированы и хронический вирусный гепатит и цирроз печени.

Все заболевания должны быть четко разделены для регистрации каждого. Далее каждое заболевание, кроме осложнений, кодируется в соответствии с МКБ-10 и ставится отметка о взятии под диспансерное наблюдение (пункт 12 Карты).

Также заполняют п. 20 карты: указывают диагноз каждого заболевания и ставят знак «+» или «-» (впервые в жизни зарегистрированное или выявленное ранее). Эта отметка производится 1 раз в год при первом обращении пациента в поликлинику.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях выписку из Медкарты с указанием диагнозов всех заболеваний направляют в поликлинику, где на ее основании заполняют Талон без отметки о посещении, в котором регистрируют все выявленные заболевания и их взятие под диспансерное наблюдение или снятие с него.

На основании Талонов производится регистрация всех выявленных заболеваний (с впервые в жизни установленным диагнозом и ранее выявленных) в отчетной форме федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

9. Статистика смертности

В случае смерти, если у пациента имеется хронический вирусный гепатит, цирроз и рак печени, то при выборе первоначальной причины смерти предпочтение отдают раку печени.

Пример 1:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти
а) тромбоз воротной вены болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 мин.	I 8 1 . X
б) хроническая печеночная недостаточность патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 нед.	K 7 2 . 1
в) Гепатоцеллюлярный рак печени первоначальная причина смерти указывается последней	3 года	C 2 2 . 0
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях		
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Цирроз печени Артериальная гипертензия	6 лет 4 года	K74.6 I10.X

Если имеется хронический гепатит и цирроз печени, то в случае смерти в качестве первоначальной причины выбирают то состояние, которое по тяжести было выбрано основным в последнем эпизоде оказания медицинской помощи.

Пример 2:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>варикозное расширение вен пищевода с кровотечением</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	30 мин.	I	8	5	.	0
б) <u>гепаторенальный синдром</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	3 мес.	K	7	6	.	7
в) <u>Хронический вирусный гепатит С</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	V	1	8	:	2
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Цирроз печени Атеросклеротический кардиосклероз	6 лет 4 года	K74.6 I25.1				

При наличии других тяжелых заболеваний, первоначальной причиной смерти выбирается то заболевание, которое в соответствии с правилами МКБ-10 выбирается в качестве основного заболевания в последнем эпизоде оказания медицинской помощи. Следует учесть, что в качестве основного заболевания при наличии нескольких, должно быть выбрано наиболее тяжелое заболевание.

Если диагнозом основного заболевания указан любой из острых вирусных гепатитов, классифицированных в рубрике B17, а в качестве сопутствующего заболевания указан цирроз печени (K74.0-2; K74.4-6), первоначальной причиной смерти выбирают хронический вирусный гепатит (B18).

10. Заключение

Для решения вопросов организации медицинской помощи, в частности обеспечения противовирусной терапией пациентам с хроническими вирусными гепатитами, проведения профилактических мероприятий и снижения показателей заболеваемости и смертности необходима достоверная статистика.

При хронических вирусных гепатитах и их исходах в цирроз печени или в гепатоцеллюлярный рак такая статистика достижима при правильном оформлении первичной медицинской документации.