



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

**ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ
МИНИСТРА**

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

27.11.2023 № 13-2/И/2-22106

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти субъектов
Российской Федерации в сфере
охраны здоровья

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

Руководителям федеральных
государственных бюджетных
организаций, подведомственных
Минздраву России

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

Приложение: на 37 л. в 1 экз.

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

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

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

В.С. Фисенко

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

ПРИНЯТО

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Протокол № 8
От «04» октября 2022 г.

Ученый секретарь д.м.н, доцент
В.В. Люцко

УТВЕРЖДАЮ

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



О.С. Кобякова

«04» октября 2022 г.

**ПОРЯДОК СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА
И КОДИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В СТАТИСТИКЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ**

Методические рекомендации № 11-22

г. Москва - 2022

УДК 614.2
ББК 53.4

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

Составитель: Д.Ш. Вайсман, д.м.н.

Под редакцией Стародубова В.И. - д.м.н., профессор, академик РАН, Научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Рецензенты:

Сон И.М. – д.м.н., профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Стерликов С.А. – д.м.н., зав. отделом эпидемиологии и мониторинга туберкулеза и ВИЧ-инфекции ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

Аннотация

В методических рекомендациях изложен порядок статистического учета и кодирования туберкулеза в статистике заболеваемости и смертности, основанный на Правилах и инструкциях по кодированию смертности и заболеваемости (том 2) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, с официальными обновлениями ВОЗ 1996-2019 гг.

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

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

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

ISBN

Оглавление	
Введение	5
1. Общие положения	7
2. МКБ-10	7
3. Алгоритм кодирования диагнозов	9
4. Основная учетно-отчетная медицинская документация, используемая в статистике заболеваемости и смертности	10
4.1. Основная учетная медицинская документация	10
4.2. Основная отчетная медицинская документация	11
5. Особенности записи диагнозов и принципы кодирования диагнозов, используемых в статистике заболеваемости по обращаемости	12
6. Классификация туберкулеза	15
7. Формулировка диагноза для целей статистического учета	17
8. Статистический учет пациентов с туберкулезом в статистике заболеваемости	21
8.1. Статистический учет пациентов с туберкулезом при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях	22
8.2. Статистический учет пациентов с туберкулезом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях	24
8.3. Статистическая отчетность по туберкулезу	25
9. Статистический учет пациентов с туберкулезом в статистике смертности	26
9.1. Принципы кодирования причин смерти	26
9.2. Оформление первичной медицинской документации в случаях смерти	27
9.3. Правила выбора туберкулеза в качестве первоначальной причины смерти (МКБ-10, том 2, 2016)	27
9.4. Возможные последовательности патогенеза умирания от туберкулеза	29
9.5. Примеры оформления Свидетельств	30
Заключение	32
Список литературы	34

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

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

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

Свидетельство – «Медицинское свидетельство о смерти» учетная форма №106/у

Введение

Туберкулез – одно из важнейших социально значимых хронических заболеваний, которое является актуальной проблемой отечественного здравоохранения и угрозой здоровью.

Социально значимые заболевания наносят колоссальный ущерб обществу, обусловленный временной и стойкой потерей трудоспособности, огромными затратами на профилактику, лечение и реабилитацию.

Туберкулез занимает в структуре заболеваемости I класса примерно около 2%, а в структуре смертности – около 40% удельного веса от всех инфекционных и паразитарных заболеваний.

По данным ВОЗ во всем мире в 2020 году от туберкулеза умерло 1,5 млн. человек. Туберкулез остается одной из самых смертоносных инфекций в мире. Каждый день от туберкулеза умирает более 4 тыс. человек, и около 28 тыс. человек заболевают этим поддающимся профилактике и излечению заболеванием. За период с 2000 г. глобальные усилия по борьбе с туберкулезом позволили спасти порядка 66 миллионов жизней. Однако пандемия COVID-19 перечеркнула успехи, достигнутые в борьбе с этим заболеванием. В 2020 г. впервые более чем за десять лет был отмечен рост числа случаев смерти от туберкулеза.

В Российской Федерации за последние 10 лет отмечается стабильное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза. В период с 2010 по 2019 годы показатель заболеваемости туберкулезом в России снизился (в 1,9 раза) со средними темпами снижения в 5,7% в год, что стало одним из лучших показателей в мире.

Изучение смертности от туберкулеза на основании первичной медицинской документации имеет большое значение для понимания происходящих патологических процессов, анализа динамики смертности, оценки эффективности тех или иных программ и организации медицинской помощи, последующего

планирования и организации профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение показателей смертности в популяции.

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

1. Общие положения

Методические рекомендации (далее – Рекомендации) содержат порядок статистического учета и кодирования туберкулеза в статистике заболеваемости и смертности.

Для обеспечения правильного кодирования диагнозов используется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), которая является единым нормативным документом для 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 1996-2019 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, с. 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.

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

Классификация построена по иерархическому принципу: класс, блок, рубрика, подрубрика. Сердцевиной международной классификации болезней является трехзначный код, являющийся обязательным уровнем кодирования данных о смертности для предоставления в ВОЗ, а также для проведения международных сопоставлений. На уровне регионов используется четырехзначный код.

МКБ-10 состоит из трех томов:

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

- полный перечень трехзначных рубрик и четырехзначных подрубрик, включающий преимущественно статистические (нозологические) формулировки диагнозов заболеваний (состояний), травм, внешних причин, факторов, влияющих на здоровье и обращений;
- кодированную номенклатуру морфологии новообразований;
- специальные перечни основных заболеваний (состояний) для сводных статистических разработок данных смертности и заболеваемости.

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

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

Классификация состоит из 22 классов.

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

Классы подразделяются на 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 диагноза используют специальный алгоритм кодирования (МКБ-10, том 2, с. 31-32):

3.1. В учетном медицинском документе, содержащем информацию о болезни или причине смерти, 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 наличием «-» (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 и исключенными терминами, стоящими под выбранным кодом или под названием класса, блока или рубрики.

3.8. Затем формулировке диагноза необходимо присвоить код.

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

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

4.1. Основная учетная медицинская документация (без учета специализированных учетных форм)

«Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – Талон) – учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 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 20.02.2015, регистрационный номер 36160);

«История развития ребенка» (далее – История) – учетная форма № 112/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

«Медицинская карта стационарного больного» (далее – Медкарта) – учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 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 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

«Протокол патолого-анатомического вскрытия» – учетная форма № 013/у, утвержденная приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

«Акт судебно-медицинского исследования трупа» – учетная форма № 171/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

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

4.2. Основная отчетная медицинская документация

«Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» – форма № 12, утвержденная приказом Росстата от 18.12.2020 № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для

организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (далее – Форма № 12).

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

5. Особенности записи диагнозов и принципы кодирования диагнозов, используемых в статистике заболеваемости по обращаемости

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

При оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, в соответствии с МКБ-10 врач, должен, выбрать «основное» состояние для регистрации, а также записать другие заболевания, или состояния (МКБ-10, том 2, с. 107-108): фоновые, конкурирующие, сопутствующие.

При формулировании заключительного клинического диагноза он должен быть разбит на разделы. Общепризнанными считаются следующие разделы (учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030):

1. основное заболевание;
2. осложнения основного заболевания;
3. сопутствующие заболевания.

При наличии указывают фоновые и конкурирующие болезни.

Основным считается то заболевание, которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, стало причиной госпитализации и (или) смерти. При наличии более одного заболевания,

«основным» считают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (МКБ-10, том 2, с. 107).

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

Статистика заболеваемости формируется в соответствии с МКБ-10 только по единичному состоянию, в связи с чем в качестве «основного» заболевания (состояния) должна быть записана только одна нозологическая единица.

В формулировке клинического 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», «гестоз» и т.д.). Диагноз не может содержать формулировок статистических групп болезней, таких как, например, «другие уточненные болезни». 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.

Практикующий врач, при оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а также записать осложнения и другие заболевания.

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 более точно классифицировать состояние

соответствующей рубрикой МКБ.

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

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

Если у врача-статистика или медицинского 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 2016 года² (раздел 4.4.3).

Всегда должны быть записаны «другие» состояния, относящиеся к эпизоду медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода МКБ для «основного» состояния.

Если сделать это невозможно, применяют специальные правила, изложенные в томе 2 МКБ-10 2016 года (раздел 4.4.3).

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, такой учетный первичный статистический документ не может быть принят в статистическую разработку.

Формулирование диагноза в первичной медицинской документации для целей статистического учета относится к обязанностям врачей всех специальностей.

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

6. Классификация туберкулеза

В соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10) туберкулез относится к классу I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99) и входят в блок «Туберкулез» (A15-A19).

Из блока «Туберкулез» (A15-A19) исключены:

- врожденный туберкулез (P37.0);
- пневмокониоз, связанный с туберкулезом (J65);
- силикотуберкулез (J65);
- последствия туберкулеза (B90. -);
- болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями туберкулеза (B20.0).

A15 Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически

A15.0 Туберкулез легкого, подтвержденный бактериоскопией мокроты с наличием или отсутствием роста культуры

A15.1 Туберкулез легкого, подтвержденный только ростом культуры

A15.2 Туберкулез легкого, подтвержденный гистологически

A15.3 Туберкулез легкого, подтвержденный неуточненными методами

A15.4 Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, подтвержденный бактериологически и гистологически.

A15.5 Туберкулез гортани, трахеи и бронха, подтвержденный бактериологически и гистологически

A15.6 Туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически

A15.7 Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически

A15.8 Туберкулез других органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически

A15.9 Туберкулез органов дыхания неуточненной локализации, подтвержденный бактериологически и гистологически

A16 Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически

A16.0 Туберкулез легкого при отрицательных результатах бактериологического и гистологического исследования

A16.1 Туберкулез легкого без проведения бактериологического и гистологического исследования

A16.2 Туберкулез легкого без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A16.3 Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A16.4 Туберкулез гортани, трахеи и бронхов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A16.5 Туберкулезный плеврит без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A16.7 Первичный туберкулез органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A16.8 Туберкулез других органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A16.9 Туберкулез органов дыхания неуточненной локализации, без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении

A17 † Туберкулез нервной системы

A17.0 † Туберкулезный менингит (G01*)

A17.1 † Менингеальная туберкулема (G07*)

A17.8 † Туберкулез нервной системы других локализаций

A17.9 † Туберкулез нервной системы неуточненный (G99.8*)

A18 Туберкулез других органов

A18.0 † Туберкулез костей и суставов

A18.1 Туберкулез мочеполовой системы

A18.2 Туберкулезная периферическая лимфаденопатия

A18.3 Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов

A18.4 Туберкулез кожи и подкожной клетчатки

A18.5 Туберкулез глаза

A18.6 Туберкулез уха

A18.7 † Туберкулез надпочечников (E35.1*)

A18.8 Туберкулез других уточненных органов

A19 Милиарный туберкулез

A19.0 Острый милиарный туберкулез одной уточненной локализации

A19.1 Острый милиарный туберкулез множественных локализаций

A19.2 Острый милиарный туберкулез, неуточненный

A19.8 Другой милиарный туберкулез

A19.9 Милиарный туберкулез неуточненный

В МКБ-10 термин «диссеминированный туберкулез» не относится к туберкулезу органов дыхания, а классифицируется под рубрикой A19.9 «Милиарный туберкулез неуточненной локализации» или A19.0 «Острый милиарный туберкулез одной уточненной локализации».

Первичный туберкулёзный комплекс относится к туберкулёзу органов дыхания и, в зависимости от подтверждения диагноза, учитывается по кодам A15.7 «Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически», либо A16.7 «Первичный туберкулез органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении».

Для кодирования туберкулёзной интоксикации у детей (0-18 лет) рекомендуется использовать коды A15.9 или A16.9.

7. Формулировка диагноза для целей статистического учета

Туберкулез – это одно заболевание, которое может протекать с поражением одного органа или может включать формы с поражением нескольких различных органов или систем.

При наличии поражения только одного органа это поражение указывается в качестве основного заболевания или первоначальной причины смерти.

При наличии поражения нескольких органов диагностируется милиарный туберкулез множественной локализации (подрубрика A19.1) или множественный (генерализованный) туберкулез (подрубрика A19.9) с указанием конкретных входящих форм. При наличии двух и более локализаций, туберкулез следует регистрировать как одно заболевание.

Для статистического учета регистрируются все нозологические единицы из заключительного клинического (патологоанатомического, судебно-медицинского) диагноза, за исключением осложнений.

При постановке посмертного диагноза следует помнить, что этот диагноз должен быть уточненным. Так, например, для уточненного туберкулеза органов дыхания должны использоваться только формулировки из рубрики A15. Не следует использовать для заключительного клинического или посмертного диагноза «неуточненный туберкулез органов дыхания (A16).

Рубрика A17† «Туберкулёз нервной системы» и частично рубрика A18 «Туберкулез других органов» подлежат двойному кодированию. При этом в официальной статистике используются только рубрики со знаком «крестик» (†).

Рубрика R76.1 «Аномальная реакция на туберкулиновую пробу» (включая аномальные результаты реакции Манту) не является диагнозом заболевания. При наличии положительной реакции используют рубрику Z03.0 «Наблюдение при подозрении на туберкулез».

«Специальное скрининговое обследование с целью выявления туберкулеза» кодируется рубрикой Z11.1.

«Контакт с больным и возможность заражения туберкулезом» кодируется рубрикой Z20.1.

Обновлениями ВОЗ введена новая подрубрика Z22.7 «Латентный туберкулез».

«Необходимость иммунизации против туберкулеза» кодируется рубрикой Z23.2

Данные состояния относятся к классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» (Z00-Z99), не являются заболеваниями и в статистику заболеваемости и смертности не включаются.

При наличии реакции на введение вакцины БЦЖ используют двойное кодирование, например

Диагноз основного заболевания: «Инфекция, связанная с иммунизацией», код T88.0

Внешняя причина: «Применение вакцины БЦЖ, как причина неблагоприятной реакции», код Y58.0

Следует учитывать, что клиническая классификация туберкулеза, используемая в Российской Федерации, в настоящее время не соответствует МКБ-10, в связи с чем не может использоваться в учетной медицинской документации для целей статистического учета, но она необходима для формирования структурированного клинического диагноза.

При первичном амбулаторном обращении пациента в медицинскую организацию к врачу-фтизиатру с подозрением на туберкулез или с туберкулезом, заполняется Карта, в которой отражаются: жалобы пациента, анамнез заболевания, объективные данные, данные лабораторных и инструментальных исследований (при наличии), выставляется предварительный диагноз и его код по МКБ-10, даются направления на обследование и при необходимости назначается лечение.

При наличии только аномальной реакции на туберкулиновую пробу (R76.1), должен быть выставлен диагноз «Наблюдение при подозрении на туберкулез», код Z03.0. Пациенты с подозрением на туберкулез должны находиться под диспансерным наблюдением и наблюдаться по этому состоянию до постановки диагноза туберкулеза или исключения подозрения на него. Если до конца отчетного года этот диагноз не изменяется, то это состояние с кодом Z03.0 регистрируется для включения в соответствующие таблицы отчетной формы № 12.

При наличии у пациента множественных (двух и более) локализаций туберкулеза их регистрируют рубрикой A19.9 «Множественный туберкулез» с

расшифровкой имеющихся конкретных форм туберкулеза. Эти локализации не могут быть зарегистрированы как самостоятельные заболевания.

Так как у пациента может быть только один «туберкулез», поэтому число заболеваний всегда равно числу пациентов.

При установлении диагноза туберкулеза, необходимо соблюдение определенных условий для обеспечения его правильного кодирования и статистической регистрации. В качестве нозологического компонента диагноза указывается «туберкулез» и далее при необходимости могут использоваться различные клинические характеристики болезни: клиническая форма, фаза заболевания, степень тяжести и т.д.

Далее заполняется раздел «Осложнения основного заболевания», в котором обязательно должны быть перечислены все осложнения туберкулеза.

Так же формулируется заключительный клинический диагноз в Медкарте и Истории. По таким же принципам должен быть построен патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы. Такой же принцип сохраняется при записи диагноза туберкулеза в качестве фонового, конкурирующего или сопутствующего заболевания. Дополнительные клинические характеристики, содержащиеся в диагнозе туберкулеза, не противоречат принципам статистического учета.

Пример формулировки нозологического компонента заключительного клинического диагноза генерализованного туберкулеза:

Диагноз основного заболевания	Генерализованный туберкулез: туберкулез легкого, почек, кишечника	A19.9
Осложнения	прободная язва кишечника хроническое легочное сердце амилоидоз почек хроническая почечная недостаточность	
Фоновое заболевание	Артериальная гипертензия	I10.X
Сопутствующие заболевания	Атеросклеротический кардиосклероз Хронический обструктивный бронхит	I25.1 J44.8

8. Статистический учет пациентов с туберкулезом в статистике заболеваемости

Диагноз «туберкулез» для статистического учета должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи на основании жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных).

Регистрации подлежат только уточненные случаи туберкулеза, выставленные в конце эпизода оказания медицинской помощи.

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепленное население, кодируются все заболевания (основное и все другие: фоновые, конкурирующие, сопутствующие), кроме осложнений основного заболевания, для формы № 12.

В госпитальной статистике кодируется только одно основное заболевание из рубрики «Заключительный клинический диагноз» для формы № 14.

При сочетании туберкулеза с болезнью, вызванной ВИЧ, регистрацию заболевания производят в конце эпизода оказания медицинской помощи следующим образом:

- если туберкулез был диагностирован до установления диагноза «болезнь, вызванная ВИЧ», регистрируют туберкулез, как самостоятельное заболевание (A15-A19);
- если туберкулез диагностирован после установления диагноза «болезни, вызванной ВИЧ», регистрируют «болезнь, вызванную ВИЧ» с проявлениями туберкулеза (B20.0; B20.7; B22.7); при этом туберкулез как самостоятельное заболевание не регистрируется.

После проведенного лечения при отсутствии данных (объективных, функциональных, лабораторных, инструментальных) о наличии у пациента туберкулеза, используют рубрику Z86.1 «В личном анамнезе туберкулез». При этом пациента снимают с диспансерного наблюдения как больного туберкулезом, но, при необходимости, наблюдают как пациента, перенесшего туберкулез, в соответствии с кодом Z86.1 (XXI класс МКБ-10).

Последствия туберкулеза (B90) – самостоятельная нозологическая единица, в которую включаются различные состояния, уточненные как таковые, а также остаточные явления заболеваний, классифицированных в рубриках A15-A19, если очевидно, что причинное заболевание в настоящее время отсутствует.

Туберкулез – хроническое заболевание, диагноз которого, выставленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, регистрируется со знаком (+), как впервые в жизни установленное заболевание, а со второго года – со знаком (–) ежегодно один раз в календарном году.

Информация о заболеваемости туберкулезом отражается в первичных учетных формах, которые являются основанием для заполнения отчетной формы № 12. Случаи оказания медицинской помощи пациентам, больных туберкулезом, в стационарных условиях отражаются в отчетной Форме № 14. Сведения о заболеваемости туберкулезом должны сопоставляться со специализированными отчетными формами, которые заполняются в соответствии с утвержденными инструкциями.

8.1. Статистический учет пациентов с туберкулезом при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях

При записи первичного осмотра пациента в Карте одновременно заполняются п. 1-20 Талона. При установлении диагноза «туберкулез» пациент должен быть взят под диспансерное наблюдение врачом-фтизиатром участковым (врачом общей практики, врачом-терапевтом участковым). При этом заполняется Карта и п. 36 Талона, в которых делают отметку о взятии под диспансерное наблюдение, а также оформляется «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений» (учетная форма № 030-4/у, а также соответствующий раздел Федерального регистра лиц, больных туберкулёзом), в которой делают отметку о дате следующего посещения и записывают назначенные лечебно-профилактические мероприятия.

Диспансерное наблюдение пациентов с туберкулезом проводится врачом-фтизиатром (врачом-фтизиатром участковым); его порядок регламентирован приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.03.2019 г. № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признания утратившими силу пунктов 16 - 17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 932н» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.06.2019 N 54975).

После записи о состоянии пациента в конце эпизода оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях выставляют заключительный клинический диагноз и его код, а также производят отметку о впервые в жизни выявленном диагнозе (+) или о ранее установленном диагнозе (–) один раз в текущем году.

В Талоне регистрируют основное заболевание и все фоновые, конкурирующие и сопутствующие болезни, кроме осложнений основного заболевания.

На основании учетной формы № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного»³), передаваемой в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту регистрации пациента, заполняется Талон, в котором указываются все выявленные при лечении в стационарных условиях заболевания, кроме осложнений основного заболевания.

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

8.2. Статистический учет пациентов с туберкулезом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в конце эпизода оказания медицинской помощи в Медкарте формулировку заключительного клинического или посмертного диагноза записывают по общепринятым разделам.

Далее заполняют Статкарту, формулировки диагнозов в которой должны полностью совпадать с Медкартой. Кодировается только одно основное заболевание.

При выписке пациента из стационара заключительный клинический диагноз оформляют в соответствии с вышеуказанными требованиями.

В случае летального исхода в Статкарте записывают:

- заключительный клинический диагноз с осложнениями и его код по МКБ-10;
- патологоанатомический диагноз основного заболевания с осложнениями и его код (если вскрытие было проведено);
- причины смерти (все причины смерти, отобранные для Свидетельства, с кодами по МКБ-10, код первоначальной причины смерти подчеркивают).

После окончания эпизода оказания медицинской помощи в стационарных условиях выписку из Медкарты направляют в поликлинику по месту регистрации пациента, где на ее основании заполняют Карту и Талон, в которых регистрируют все выявленные заболевания и их взятие под диспансерное наблюдение или снятие с него.

В выписке должны быть отражены все имеющиеся и выявленные заболевания, включая выявленные патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом.

Если пациент с выпиской пришел на прием в поликлинику сам, то Талон заполняют с отметкой о посещении; если пациент на прием не явился, то Талон заполняют на основании направленной из стационара выписки из Медкарты, но без отметки о посещении.

В Карте: указывают диагноз каждого заболевания и ставят знак «+» или «-» (впервые в жизни зарегистрированное или выявленное ранее). Следует обратить

внимание, что формулировка диагноза и отметка со знаком (–) производится 1 раз в году при первом обращении пациента в текущем году в поликлинику.

На основании Талонов производится регистрация всех выявленных заболеваний (с впервые в жизни установленным диагнозом и ранее выявленных) в отчетной форме № 12.

8.3. Статистическая отчетность по туберкулезу (форма №12 и форма №14)

Форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

Таблицы 1000, 2000, 3000 и 4000 формы № 12 заполняются на основании сведений, содержащихся в Талонах за отчетный год. При этом в соответствии с п. 35 Талона регистрируются все заболевания, отмеченные в Талонах со знаком (+), а заболевания со знаком (–) – только 1 раз в отчетном году.

Сведения включают в графы: «зарегистрировано всего» (со знаком + и –) и «с впервые в жизни установленным диагнозом» (со знаком +).

Информация о взятии и снятии с диспансерного наблюдения содержится в п. 36 Талона, ее используют для заполнения сведений о диспансерном наблюдении в таблицах 1000, 2000, 3000 и 4000 формы № 12. Форма № 12 используется для расчета показателей заболеваемости.

Форма федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях».

В таблице 2000 в соответствующих строках показывают число выписанных пролеченных пациентов с заключительным клиническим диагнозом «туберкулез» и число проведенных койко-дней. Кроме того, в графах 8-12 показывают информацию об умерших, у которых «туберкулез» был выбран в качестве первоначальной

причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10 (Источник информации – Статкарта).

9. Статистический учет пациентов с туберкулезом в статистике смертности

9.1. 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 Свидетельство, заполнение которого производится в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

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

9.2. Оформление первичной медицинской документации в случаях смерти

В случае летального исхода на дому или в медицинской организации в первичной медицинской документации (Карте, Медкарте, Истории) лечащим врачом оформляется посмертный эпикриз, в котором записывается заключительный посмертный клинический диагноз.

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

Если причина смерти известна и имеются записи о динамическом наблюдении, лечащим врачом выдается окончательное Свидетельство.

В п. 22 части 1 Свидетельства диагноз туберкулеза указывают на строке в) при наличии двух и более осложнений.

Для обеспечения правильного кодирования в диагнозе должен быть отражен обязательно нозологический компонент и наличие осложнений.

9.3. Правила выбора туберкулеза в качестве первоначальной причины смерти (МКБ-10, том 2, 2016⁴)

В МКБ-10 установлены определенные правила выбора туберкулеза в качестве первоначальной причины смерти. Эти правила касаются только летальных исходов туберкулеза.

⁴ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

При летальном исходе придерживаются следующих правил.

Если летальный исход наступил при оказании медицинской помощи, то заключительный клинический посмертный диагноз в конце последнего эпизода выставляют в соответствии с правилами МКБ-10 (1995, том 2, стр. 107).

В посмертном эпикризе записывают рубрифицированный диагноз, на основании которого заполняют Свидетельство. Из рубрифицированного диагноза выбирают состояния, явившиеся, по мнению врача, причинами смерти. В качестве первоначальной причины смерти, чаще всего выбирают то заболевание, которое было выставлено в качестве «основного состояния», если только отобранные причины смерти не попадают под специальные правила выбора первоначальной причины смерти.

При сочетании туберкулеза со злокачественным новообразованием, первоначальной причиной смерти выбирают злокачественное новообразование при наличии его смертельных осложнений.

При сочетании туберкулеза и болезни, вызванной ВИЧ, в качестве первоначальной причины смерти в соответствии со специальным правилом МКБ-10 всегда выбирается болезнь, вызванная ВИЧ, независимо от того, какое заболевание было диагностировано раньше.

При сочетании туберкулеза и бессимптомного инфекционного статуса, вызванного ВИЧ - инфекцией, в качестве первоначальной причины смерти выбирают туберкулез.

При сочетании туберкулеза органов дыхания (A15-A16) с пневмокониозом (J65), в качестве первоначальной причины смерти выбирают пневмокониоз (J65).

При сочетании туберкулеза органов дыхания (A15-A16) с туберкулезом нервной системы и других органов (A17-A18) в качестве первоначальной причины смерти выбирают туберкулез органов дыхания (A15-A16), при условии, что он существовал до туберкулеза нервной системы и других органов (A17-A18).

Генерализованный, множественный и диссеминированный туберкулез, записанный без расшифровки входящих локализаций, в качестве основного

заболевания в заключительном клиническом посмертном диагнозе выбирается в качестве первоначальной причины смерти и кодируется подрубрикой A19.9.

При сочетании туберкулеза и острой травмы или отравления (до одного месяца) или острой хирургической патологии, в качестве первоначальной причины смерти выбирается травма или отравление, или острая хирургическая патология, а туберкулез указывается в качестве прочей причины смерти в части 2 Свидетельства.

Для кодирования туберкулеза, как причины материнской смертности, используют подрубрику O98.0.

Если летальный исход наступил без обращения к врачу и без оказания медицинской помощи и пациент не наблюдался последнюю неделю, или умер внезапно, для установления причин смерти должно быть проведено патологоанатомическое или судебно-медицинское вскрытие, по результатам которого выдается Свидетельство.

9.4. Возможные последовательности патогенеза умирания от туберкулеза

Туберкулез органов дыхания	→	пневмония	→	сепсис
Туберкулез органов дыхания	→	легочное кровоотечение	→	анемия
Туберкулезный спондилит	→	патологический перелом	→	сдавление спинного мозга
Туберкулез почек	→	гидронефроз	→	уремия
Туберкулез почек	→	амилоидоз почек	→	уремия
Туберкулез кишечника	→	прободная язва	→	перитонит
Туберкулезный менингит	→	отек головного мозга	→	сдавление головного мозга

9.5. Примеры оформления Свидетельств

Пример 1.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) <u>постгеморрагическая анемия острая</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	5 час.	D	6	2	.	X
б) <u>легочное кровотечение</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 час.	R	0	4	.	8
в) <u>Туберкулез легкого фиброзно-кавернозный, подтвержденный ростом культуры</u> первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	A	1	5	:	1
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Алкогольный гепатит	10 лет 8 лет	J44.8 K70.1				

Пример 2.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) <u>сдавление спинного мозга</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	8 час.	G	9	5	.	2
б) <u>патологический перелом III поясничного позвонка</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	1 сут.	M	8	4	.	4
в) <u>Туберкулезный спондилит</u> первоначальная причина смерти указывается последней	10 лет	A	1	8	:	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) Хронический бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	5 лет 7 лет	J42.X I25.1				

Пример 3.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) <u>уремия</u> <small>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти</small>	10 час.	N	1	9	.	X
б) <u>гидронефроз</u> <small>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины</small>	1 нед.	N	1	3	.	3
в) <u>Туберкулез почек</u> <small>первоначальная причина смерти указывается последней</small>	4 года	A	1	8	:	1
г) _____ <small>внешняя причина при травмах и отравлениях</small>						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Постинфарктный кардиосклероз	5 лет	I25.8				

Пример 4.

22. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
а) <u>острый разлитой перитонит</u> <small>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти</small>	6 час.	K	6	5	.	0
б) <u>прободная язва кишечника</u> <small>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины</small>	12 час.	K	6	3	.	1
в) <u>Генерализованный туберкулез</u> <small>первоначальная причина смерти указывается последней</small>	5 лет	A	1	9	:	9
г) _____ <small>внешняя причина при травмах и отравлениях</small>						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз	8 лет	I25.1				

Заключение

Для решения вопросов организации медицинской помощи пациентам с туберкулезом, обеспечения их лекарственными средствами, для проведения лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение показателей заболеваемости и смертности, необходима достоверная статистика.

При кодировании туберкулеза крайне важно правильное оформление первичной медицинской документации и строгим соблюдением правил кодирования и выбора туберкулеза в качестве основного заболевания в статистике заболеваемости и первоначальной причины в статистике смертности.

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

Основная цель этих инструкций – оптимизировать получение статистических данных по смертности для целей общественного здоровья. Часть этих инструкций может показаться ошибочной или сомнительной с чисто медицинской точки зрения. Эти инструкции не должны отбрасываться, поскольку могут иметь серьезное обоснование с точки зрения эпидемиологии и общественного здоровья. Отдельные страны не должны самостоятельно исправлять то, что считают ошибкой, поскольку такие изменения на национальном уровне приведут к снижению сопоставимости с данными других стран и, таким образом, сделают эти данные менее пригодными для анализа»⁵.

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

Руководителям медицинских организаций необходимо обеспечить проведение проверок правильности выбора первоначальной причины смерти в Свидетельствах. Эти проверки должны быть поручены специалистам службы медицинской статистики, имеющим подготовку по правилам кодирования МКБ-10⁶.

Специалисты службы медицинской статистики обязаны проверять правильность оформления первичной медицинской документации и Свидетельств в соответствии с установленными правилами, а в случае неправильного выбора основного состояния или первоначальной причины смерти, должны возвращать первичный учетный документ врачу для исправления в соответствии с правилами МКБ-10.

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

⁶ Письмо Минздрава России от 18.07.16 N 13-2/10/2-4396 «О совершенствовании работы службы медицинской статистики». URL: <https://base.garant.ru/72114526/>

Список литературы

1. Вайсман Д. Ш. Как избежать ошибок в первичной медицинской документации и статотчетности / Д. Ш. Вайсман // Заместитель главного врача. - 2017. - N 3. - С. 14 - 21.
2. Вайсман Д. Ш. Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах, 2-е изд. – Москва: ФГБУ ЦНИИОИЗ, 2022. – Том 1-2. – 514 с. - ISBN 978-5-94116-068-6.
3. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 10 (08.02.2021)" / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. 261 с.
4. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. Часть 2. Смертность от туберкулеза // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2017. - Т. 95, № 7. - С. 8-16. DOI: 10.21292/2075-1230-2017-95-7-8-16
5. Гуляев В. А. Принципы формулирования диагнозов с учетом требований международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) / В. А. Гуляев, Г. Г. Автандилов, В. В. Филатов // Военно-медицинский журнал. - 2000. - N 12. - С. 18 - 22.
6. Зайратьянц О. В. Повышение достоверности данных о причинах смерти – важное условие для достижения целевых показателей снижения смертности от отдельных причин / О. В. Зайратьянц // Судебная медицина. - 2018. - Т. 4, N 3. – С. 4 - 9.
7. Зайратьянц О. В. Современные требования к формулировке диагноза в соответствие с законодательством Российской Федерации и Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра / О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский, П. Т. Мальков // Судебная медицина. - 2015. - Т. 1, N 4. - С. 14 - 20.

8. Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины: методическое пособие / составители Е. П. Какорина, М. В. Максимова, О. Д. Мишнев. - Москва: МЗ РФ, 2002. 41 с.
9. Коломийченко М. Е. К вопросу о кодировании заболеваемости и смертности / М. Е Коломийченко, Д. Ш. Вайсман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2020. - Т. 28, N 4. - С. 535 - 540. - DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-4-535-540.
10. Лопиков К. В. Оценка достоверности кодирования причин смерти (по материалам пилотного исследования) / К. В. Лопиков // Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]. - 2011. - Т. 18, N 2. - С. 16. Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-dostovernosti-kodirovaniya-prichin-smerti-po-materialam-pilotnogo-issledovaniya/> (дата обращения: 30.09.2022).
11. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр: Москва: Медицина, 1995.
12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр: Том 3: Всемирная организация здравоохранения. Москва: Медицина, 1998. 923 с. - ISBN 5-225-03280-X.
13. Методические рекомендации по кодированию и выбору основного состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причины в статистике смертности, связанных с COVID-19 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2020. 24 с.
14. Приказ Минздрава России от 15.04.2021 N 352н "Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти и порядка их выдачи" (вместе с "Порядком выдачи учетной формы N 106/у "Медицинское свидетельство о смерти", "Порядком выдачи учетной формы N 106-2/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти") (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 N 63697).

15. Погорелова Э. И. Руководство по кодированию причин смерти / Э. И. Погорелова, Е.М. Секриеру, Д.Ш. Вайсман, В.В. Антонюк. - Москва: ЦНИИОИЗ, 2008. - 74 с.
16. Погорелова Э. И. Система мероприятий по повышению достоверности статистики смертности населения / Э. И. Погорелова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - N 2. - С. 45 - 49.
17. Погорелова Э. И. Об ошибках при заполнении медицинского свидетельства о смерти / Э. И. Погорелова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2007. - N 1. - С. 43 - 47.
18. Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни: Методические рекомендации №45. - Москва, 2019. - 64 с.
19. Секриеру Е. М. Руководство по статистическому кодированию заболеваемости по данным обращаемости / Е. М. Секриеру, Э. И. Погорелова, Д. Ш. Вайсман, С. В. Моравская. - Москва : ЦНИИОИЗ, 2008. - 75 с.
20. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
21. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации / Г. А. Франк, О. В. Зайратьянц, П. Г. Мальков, Л. В. Кактурский // Российское общество патологоанатомов. - М.: Практическая медицина, 2016. - 20 с. - ISBN 978-5-98811-387-4.
22. Шилова М.В. Заболеваемость туберкулезом населения Российской Федерации // Медицинский алфавит. Серия «Обозрение».— 2019.— Т. 1.— 15 (390).— С. 7–18.
23. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010. 3 v. Volume 2. Instruction manual. World Health Organization. Malta: WHO, 2011. 195 p. - ISBN 978 92 4 154834 2.

24. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, Fifth edition, 2016. Volume 2. Instruction manual. World Health Organization. France: WHO, 2015. 244 p. - ISBN 9789241549165 .

25. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Version: 2019 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (Дата обращения 30.09.2022).

26. List of Official ICD-10 Updates [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases/list-of-official-icd-10-updates> (Дата обращения 30.09.2022).