

15 сентября на 62-м году жизни скоропостижно скончался заведующий научно-организационным отделом ЦИТО профессор Сергей Михайлович Журавлев — один из крупнейших организаторов отечественной травматолого-ортопедической службы. Совсем недавно мы поздравляли его с 60-летием (см. «Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова» № 1 за 1997 г.). Сегодня приходится попрощаться с ним.

Свой нелегкий путь в жизни Сергей Михайлович прокладывал сам, все его успехи и достижения — результат упорного, самоотверженного труда, верности выбранной профессии. До последнего дня он отдавал любимому делу все силы, знания, организаторские способности. Он не знал, что такое усталость. Несмотря на постоянные нервные перегрузки и физическое недомогание, он мужественно и целеустремленно, пренебрегая отдыхом, работал над решением многоплановых медико-социальных проблем травматологии и ортопедии, ставших особенно острыми в наше непростое время.

Своим опытом и разносторонними знаниями Сергей Михайлович щедро делился с многочисленными соратниками и учениками. Им опубликовано около 300 научных работ, в том числе 3 монографии. Под его руководством подготовлено и защищено 14 диссертационных работ. В последнее время он являлся консультантом по двум докторским диссертациям.

Сергей Михайлович был неутомим в организации и проведении научных форумов травматологов-ортопедов, он хорошо понимал их значение для консолидации научного и практического потенциала, для успешного развития нашей специальности. Главной целью его жизни было сделать все, от него зависящее, для подъема отечественной травматологии и ортопедии.

Светлая память о Сергее Михайловиче Журавлеве — талантливом ученом, крупном организаторе, умном, добром человеке останется в сердцах его друзей, коллег, учеников



© С.М. Журавлев, 1998

С.М. Журавлев

ВВЕДЕНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАС- СИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯ- ЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, 10-го ПЕРЕСМОТРА

Центральный институт травматологии и ортопедии
им. Н.Н. Приорова, Москва

Публикуемая статья — последняя, над которой работал профессор С.М. Журавлев. Этот вариант не был окончательным, автор планировал доработать его, уточнить некоторые формулировки. Однако судьба распорядилась иначе . . .

Общие вопросы

«Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ-10)* была принята на 43-й сессии

*Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (в 3 томах). — ВОЗ: Женева—Москва, 1995.

Всемирной ассамблеи здравоохранения и вступила в силу с 01.01. 93 г. С учетом сложностей перехода с МКБ-9 на новую классификацию ВОЗ предусмотрена процедура обновления в течение 10-летнего цикла. ВОЗ рекомендует использовать этот период для обсуждения и разъяснения всех разделов и подразделов классификации на учебных курсах, семинарах, симпозиумах для врачей и среднего медицинского персонала. В нашей стране МКБ-10 введена с января 1998 г.

Классификацию болезней можно определить как систему рубрик, в которую отдельные патологические состояния включены в соответствии с установленными критериями. Традиционная структура МКБ сохранена, а цифровая система кодирования заменена алфавитно-цифровой.

Представленный в классификации материал делится на две основные группы. К первой относятся данные, касающиеся диагнозов, состояний, симптомов здоровья (болезни), а также морфологии опухолей, ко второй — такие аспекты, как нарушения здоровья, медицинская помощь, медицинские процедуры, причины обращения в учреждения здравоохранения, инвалидность. МКБ является перемно-осевой классификацией. Четыре «специаль-

ные» группы объединяют следующие болезни и состояния: эпидемические; конституциональные, или общие; связанные с развитием; травмы. Пятая — местные болезни, сгруппированные по анатомической локализации для каждой из основных систем организма.

МКБ-10 содержит 21 класс. Классы I—XVII относятся к заболеваниям и иным патологическим состояниям, класс XIX — к травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних факторов. Классы XVIII, XX и XXI охватывают ряд современных понятий, касающихся диагностических данных. Класс XVIII назван «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Класс XX «Внешние причины заболеваемости и смертности» традиционно использовался для классификации внешних причин травм и отравлений, но начиная с МКБ 9-го пересмотра он также предназначается для регистрации любых внешних причин болезней и других патологических состояний. Класс XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» предназначен для регистрации следующих данных: а) объясняющих причину обращения в учреждение здравоохранения человека, не являющегося больным в настоящий момент, — в качестве донора, для профилактической вакцинации, для обсуждения проблемы, которая сама по себе не вызвана заболеванием или травмой; б) обстоятельств, в силу которых пациент получает медицинскую помощь именно в этот момент (например, во время обследования состояния здоровья населения); в) имеющих какое-либо иное отношение к помощи, которую пациент получает (проблемы курения, алкоголизма, потенциальная опасность для здоровья, связанная с особенностями анамнеза, и пр.).

Материалы МКБ-10 составляют три тома. Том 1 (две части) содержит специальные перечни для статистической разработки; том 2 — инструктивное руководство; том 3 — алфавитный указатель, включающий три раздела. В раздел I вошли все термины, относящиеся к классам I—XIX, а также к классу XXI, кроме названий лекарственных средств и других химических веществ. Раздел II является указателем внешних причин заболеваний и смерти и содержит все термины, относящиеся к классу XX, также кроме названий лекарственных средств и других химических веществ. Раздел III представляет таблицу лекарственных средств и химических веществ, где для каждого из них приведены коды рубрик класса XIX, предназначенные для классификации отравлений и побочных эффектов лекарственных средств, а также класса XX, которые указывают, явилось ли отравление результатом несчастного случая или преднамеренным, произошло ли оно по неуточненной причине либо это реакция на правильно назначенное и правильно введенное вещество.

Существенному изменению в новой классификации подверглись классы, относящиеся к компетенции травматологов-ортопедов. Прежде всего принципиально изменилась трактовка класса травм и отравлений, что нашло отражение в его названии: *Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов*. Главное отличие от МКБ-9 — кодировка трехзначных рубрик травм не по характеру, а по локализации (голова, грудь, конечности и т.д.).

Руководитель ревматологической службы страны акад. В.А. Насонова, принимавшая участие в пересмотре МКБ в качестве эксперта ВОЗ, считает, что класс XIII «Болезни костно-мышечной системы» (БКМС) составляют системные ревматоидные заболевания, часто генетически обусловленные. По ее мнению, в новой классификации достаточно полно представлены остеопорозы, хондропатии, однако оговорено, что диагноз остеопороза нельзя ставить без данных серологической диагностики. Для условий России это пока нереально. Как известно, частота инфекционных артритов возрастает, а стоимость диагностического процесса и обследования слишком высока. Кроме того, установление диагноза БКМС зависит от осведомленности в этой области врачей-специалистов; в 25% случаев он ставится хирургами, в 40% — терапевтами. Наши практические врачи, как правило, слабо ориентируются в этиологии и патогенезе БКМС, как острых, так и хронических.

Имея иерархическую структуру, статистическая классификация может допускать различные уровни детализации и группировки, что отличает ее от номенклатуры болезней.

В соответствии с МКБ создаются классификации по специальностям — стоматологии, невропатологии. Международной лигой борьбы с ревматизмом пересматривается документ «Применение МКБ в ревматологии и ортопедии» (МКБ-РиО) с целью совмещения с МКБ-10 «Международной классификации костно-мышечных нарушений». МКБ-РиО предусматривает более детальную спецификацию состояний с использованием дополнительных знаков, уточнение и стандартизацию терминов, для чего в ней будет приведен глоссарий с описательными характеристиками групп состояний, таких как воспалительные полиартропатии и др.

Класс XX «Внешние причины заболеваемости и смертности», который в МКБ предыдущих пересмотров был дополнительным, теперь отнесен к основному. Он позволяет идентифицировать место несчастного случая, классифицировать условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. Используемый код из данного класса служит дополнением к коду, указывающему на характер состояния, главным образом из класса XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин». Разработку *причин смерти* рекомендуется проводить в соответствии с рубриками классов XIX и XX, но если в рубрику

включен только один код, предпочтение должно быть отдано рубрикам класса XX, так как внешнее воздействие, обстоятельство по существу являются *основной* причиной смерти.

В класс XXI включен блок клинико-диагностических процедур как отражение экономических вопросов и уровня развития научных технологий, а также блок причин обращений в медицинские учреждения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (послеоперационное и посттравматическое восстановительное оперативное вмешательство, различные виды реабилитационных процедур, диспансерное наблюдение). МКБ-10 не рекомендует использовать XXI класс для проведения сравнений на международном уровне, так как пока ВОЗ не разработаны общие четкие определения таких понятий, как утрата трудоспособности, ограничение жизненной активности, социальная недостаточность, обострение болезни, нарушение и изменение поведения индивида. Например, ограничение жизнедеятельности может поставить человека в условия, когда болезнь приобретает социальный оттенок и этот уровень ее развития по существу становится отражением реакции общества на состояние индивида.

Весьма важными для травматологов являются в классе XX две подрубрики: для обозначения вида деятельности пострадавшего в момент происшествия (спортивные занятия, досуг, работа с целью получения дохода и другие виды работ, отдых, сон, прием пищи и др.) и для идентификации места, где произошел случай, вызванный внешними причинами (дом, спецучреждение для проживания, школа, учреждение, спортивная площадка или стадион, улица, автомагистраль, район торговли и обслуживания, производственная, строительная площадь или помещение, ферма и пр.). Подрубрики впервые дают возможность создать классификатор видов травматизма для международного общения.

В МКБ-10 включен полный перечень лабораторных, инструментальных исследований, но прежде всего это модификация МКБ-9 для придания черт клинического классификатора. Для научных и практических целей необходимо создать ключевой механизм конверсии (конвертеры) для обеспечения соответствия одной системы классификации (МКБ-10) другой (МКБ-9), особенно для травм — по характеру, типам (новый термин в международной классификации).

Насколько сложна современная классификация, можно судить по приводимым ниже примерам.

Примеры использования общего принципа и правил выбора

В тех случаях, когда во врачебном свидетельстве о смерти перечислено более одного патологического состояния, выбирают указанное на нижней строке части I, причем только если оно могло привести к возникновению всех состояний, записанных на верхних строках.

Пример 1: а) травматический шок, б) множественные переломы, в) наезд грузовика на пешехода (дорожно-транспортное происшествие). Выбирают «наезд грузовика на пешехода (V04.1)».

Если морфологический тип новообразования указан со словом «метастатический» и приведенная локализация является одной из типичных локализаций метастазов (за исключением легких), ставят код «*неуточненная локализация*» для рассматриваемого морфологического типа, если только неуточненная локализация не классифицируется рубрикой C80 «*злокачественные новообразования без уточнения локализации*» (в этом случае кодируют «*вторичное злокачественное новообразование указанной локализации*»).

Пример 2: метастатическая остеосаркома головного мозга. Ставится код «*злокачественное новообразование кости, неуточненное (C41.9)*», так как головной мозг включен в перечень типичных локализаций метастазов.

Злокачественные новообразования, описанные как одна или другая локализация (если есть союз «или»), следует кодировать рубрикой, которая охватывает обе локализации. Если такой рубрики нет, ставится код «*новообразование неуточненной локализации рассматриваемого морфологического типа*». Это правило применимо ко всем локализациям независимо от того, включены они в перечень типичных локализаций метастазов или нет.

Пример 3: остеосаркома поясничного позвонка или крестца. Кодируют «*злокачественное новообразование кости, неуточненное (C41.9)*».

Когда записаны множественные травмы и ни одна из них не указана лечащим врачом в качестве основного состояния, ставится код одной из рубрик, предусмотренных для множественных травм:

— одного типа, поразивших одну и ту же часть тела (обычно четырехзначная подрубрика со знаком .7 в рубриках S00-S99);

— разных типов, поразивших одну и ту же часть тела (обычно четырехзначная подрубрика со знаком .7 в последней рубрике каждого блока, т.е. S09, S19, S29 и т.д.);

— одного типа, поразивших разные части тела (T00-T05).

Необходимо обратить внимание на исключения для «основных состояний»:

— внутренние травмы, указанные одновременно с поверхностными травмами и/или только с открытыми ранами, кодируют как внутренние травмы;

— переломы костей черепа, лица и связанную с этим внутрочерепную травму кодируют как внутрочерепную травму;

— внутрочерепное кровоизлияние, зафиксированное с другими травмами только головы, кодируют как внутрочерепное кровоизлияние;

— переломы, зарегистрированные вместе с открытыми ранами той же локализации, кодируют как перелом.

При использовании рубрик множественных травм коды для любого вида отдельных перечисленных травм могут быть использованы в качестве необязательных добавочных. Помимо кода основного состояния, сопутствующую травму можно идентифицировать посредством либо необязательного добавочного кода, либо одного из добавочных знаков кода.

Пример 4: основное состояние — травма мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; другие состояния — прочерк (данных нет). В качестве основного состояния ставят «множественная травма тазовых органов (S37.7)», а подрубрики S37.2 (травма мочевого пузыря) и S37.3 (травма мочеиспускательного канала) можно использовать в качестве необязательных добавочных кодов.

Пример 5: основное состояние — открытая внутричерепная рана с кровоизлиянием в мозжечок; другие состояния — прочерк. В качестве основного ставят код «травматическое кровоизлияние в мозжечок (S06.8)». В случае необходимости открытую внутричерепную рану можно указать дополнительным кодом S01.9 (открытая рана головы неуточненной локализации) или добавочным знаком .1 (с открытой внутричерепной раной) к коду S06.8 (S06.8.1).

В отношении травм и других состояний, вызванных внешними причинами, рекомендуется кодировать как *природу состояния*, так и *обстоятельства, связанные с внешней причиной*. Предпочтительным кодом основного состояния должен быть тот, который отражает природу состояния. Такой код обычно (но не всегда) определяется рубрикой класса XIX, а код класса XX, указывающий на внешнюю причину, следует использовать в качестве необязательного добавочного.

Пример 6: основное состояние — перелом шейки бедренной кости, причиной которого явилось падение в результате спотыкания на неровной мостовой; другие состояния: ушибы локтя и плеча. Как основное состояние кодируют *перелом шейки бедренной кости (S72.0)*. В качестве необязательного добавочного можно использовать код внешней причины для обозначения падения на поверхность одного уровня в результате поскользывания, ложного шага или спотыкания на улице, шоссе (W1.4).

Пример 7: основное состояние — тяжелая форма гипотермии (пациентка упала в своем саду в холодную погоду); другие состояния — престарелый возраст. Ставится код *тяжелой формы гипотермии (T68)* как основного состояния. В качестве необязательного добавочного кода можно использовать код внешней причины для обозначения воздействия низкой температуры в домашних условиях (X31.0).

Пример 8: основное состояние — гемоглобинурия, вызванная тренировкой в марафонском беге (на открытой беговой дорожке стадиона); другие состояния — прочерк. Как основное состояние кодируется *гемоглобинурия вследствие гемолиза,*

вызванного другими внешними причинами (D59.6). В качестве необязательного добавочного можно использовать код внешней причины для обозначения перегрузки и чрезмерно повторяющихся движений при спортивной или атлетической деятельности (X50.3).

Пятый и последующие уровни кода обычно представляют собой субклассификации по различным осям по отношению к четырехзначному коду. Они содержатся в классе XIX — подрубрики для обозначения открытых и закрытых переломов, а также внутричерепных, внутригрудных и внутрибрюшных повреждений с открытой раной и без нее.

Коды внешних причин (V01-V89) следует использовать в качестве основных для кодирования по единичной причине и статистической разработки основной причины только в тех случаях, когда патологическое состояние, приведшее к смерти, относится к классу XIX «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин».

При регистрации таких состояний, как травма, отравление или другое воздействие внешних факторов, важно в *полном объеме* описать как характер состояния, так и обстоятельства, его вызвавшие (наш опыт показывает, что этого не делают даже во врачебных свидетельствах о смерти). Например, нужно писать: «перелом шейки бедренной кости, вызванный падением в результате скольжения на гололедной дороге, мостовой»; «ушиб головного мозга, явившийся следствием того, что пациент не справился с управлением автомобилем и последний врезался в дерево»; «случайное отравление — пациент выпил по ошибке дезинфицирующее средство вместо безалкогольного напитка»; «тяжелая форма гипертермии — домохозяйка упала на улице в жаркую погоду».

Использовать коды класса XIX (S00-T98) рекомендуется только в качестве дополнительных для определения характера травмы и проведения соответствующих статистических разработок.

Когда упоминается более чем об одном виде травм в одной и той же области тела, относящихся к рубрикам S00-S99, T08-T35, T66-T79, и нет четкого указания на то, какая из них явилась причиной смерти, следует применять общий принцип и правила выбора в обычном порядке.

Пример 9: а) геморрагический шок, б) кровотечение в брюшную полость, в) дорожный несчастный случай. Как основное состояние выбирается *разрыв печени (S36.1)*, так как это отправная точка последовательного ряда событий, приведших к состоянию, упомянутому в свидетельстве первым.

Пример 10: а) жировая эмболия, б) перелом бедренной кости, в) рваная рана бедра, г) дорожный несчастный случай. В качестве основного состояния выбирается *перелом бедренной кости (S72.9)*, поскольку это отправная точка последовательного ряда событий, закончившегося состоянием, указанным в свидетельстве первым (крайне

мала вероятность того, что рваная рана бедра могла привести к возникновению всех патологических состояний, указанных выше).

Пример 11: а) перитонит, б) разрыв желудка и поперечной ободочной кишки, в) дорожный несчастный случай. Здесь основное состояние — *разрыв желудка (S36.3)*, поскольку это отправная точка первого из упомянутых последовательных событий.

Пример 12: а) гнойный менингит, б) контузия века и проникающая рана глазницы. В данной ситуации основное состояние — *проникающая рана глазницы (S05.4)*, поскольку контузия века, очевидно, является ее прямым следствием.

Когда травмировано более одной области тела, следует ставить код блока «Травмы, захватывающие несколько областей тела» (T00-T06). Этот принцип используют как при травмах одного типа (одной локализации), так и при различных видах травм в разных областях тела.

Прикладное значение МКБ-10

МКБ не предназначена для индексации отдельных клинических случаев. По сути она стала стандартной диагностической классификацией для решения общих эпидемиологических задач и многих вопросов управления здравоохранением.

В условиях бюджетно-страхового здравоохранения, ослабления административных начал вся система стандартизации в здравоохранении будет строиться на основе новой МКБ, которая является инструментом для обеспечения достойного качества медицинской помощи. Социологические исследования показывают, что процент ошибок при анализе качества медицинской помощи составляет 30—40 и отчасти это связано со сложностью диагностики, разными трактовкой и пониманием состояния пациента, сроками осуществления тех или иных лечебно-диагностических процессов. Варианты последних можно классифицировать с помощью МКБ-10. Потребителями (пользователями) МКБ-10 будут студенты, врачи всех специальностей, статистики, страховые компании, поставщики программного обеспечения, переводчики и т.д.

Введение медико-экономических стандартов, являющихся основой для оценки медицинской помощи, позволит сравнивать ее объем, качество и стоимость в разных лечебно-профилактических учреждениях, т.е. диагностика и экономика взаимосвязаны. Поэтому так важно принятие закона о государственной гарантированной минимальной медицинской помощи.

Введение в нашей стране медицинского страхования усложнило решение экономико-правовых

вопросов. Доказано, что лечение больных с острыми состояниями обходится в 774 условные стоимостные единицы, с хроническими — в 369. Система обязательного медицинского страхования как защита пациента еще не сформировалась, а государственная система разбалансирована. В условиях обязательного медицинского страхования показатели заболеваемости увеличиваются для категории болезней, оплачиваемых государством выше, т.е. прежде всего для тех, которые лечатся в стационаре. Стоимость стационарного лечения определяется взвешенным коэффициентом, который в зависимости от клинико-диагностической группы составляет от 0,12 (госпитализация беременных) до 28 (пересадка печени — самая дорогая операция). На основании этого коэффициента можно оценить сложность контингента пациентов любой больницы — «индекс типологии», отражающий степень трудоемкости лечебно-диагностического процесса, уровень ресурсов, величину затрат на лечение госпитализированного контингента больных, и рассчитать стоимость лечения каждого больного (по клинико-статистическим группам). В ряде стран врач первичной помощи (семейный) следит за статистической достоверностью диагнозов. Единая больничная статистика по МКБ (база данных) позволяет получать любую информацию по периодам, по врачам-специалистам, по отделениям, учреждениям и пр.

Относительная сложность лечения при одной и той же патологии в мире примерно одинакова. В то же время в нашей стране длительность лечения на 1/3 больше, чем в других странах в больницах острого интенсивного лечения (кроме них, за рубежом существуют больницы хронического лечения, сестринского ухода и хосписы). Срок обследования в стационаре за рубежом не превышает 2 дней, госпитализируются больные в основном для хирургического, а не консервативного лечения (во Франции, например, доля хирургического лечения составляет 53%). Необходимость реструктуризации больничных учреждений нашей страны очевидна.

МКБ-10 призвана повысить интеллектуальный уровень врача, потенциал статистиков. В Германии, Швеции шифровкой занимаются врачи-специалисты, в Дании каждый врач и даже министр здравоохранения обязан раз в 3 года проходить курсы по МКБ. По мнению ведущего медицинского статистика России проф. В.К. Овчарова, нам нужны нозологисты на уровне старшего сестринского медперсонала. Классификация — дело каждого врача, это язык специалистов. Она является основой не только внутрис государственного, но и международного общения, вхождения в мировые банки информации.