

Самородская И. В.¹, Зайратьянц О. В.², Барбараш О. Л.³, Бойцов С. А.⁴ от имени рабочей группы

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

³ ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

⁴ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия

ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРИЧИН. СОГЛАСОВАННОЕ ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

Ключевые слова: клинические и морфологические классификации, несогласованность, показатели смертности, экспертное мнение.

Ссылка для цитирования: Самородская И. В., Зайратьянц О. В., Барбараш О. Л., Бойцов С. А. от имени рабочей группы. Проблемы оценки показателей смертности от отдельных причин. *Согласованное экспертное мнение. Кардиология.* 2018;58(9):63–66.

Samorodskaya I. V.¹, Zajrat'yanc O. V.², Barbarash O. L.³, Boytsov S. A.⁴ on behalf of the working group

¹ National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

² A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

³ Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

⁴ National Medical Research Center for Cardiology, Moscow, Russia

POSITION STATEMENT ON CHALLENGES IN ASSESSING CAUSE-SPECIFIC MORTALITY

Keywords: clinical and morphological classifications; inconsistency; mortality rates; expert opinion.

For citation: Samorodskaya I. V., Zajrat'yanc O. V., Barbarash O. L., Boytsov S. A. on behalf of the working group. *Position Statement on Challenges in Assessing Cause-Specific Mortality. Kardiologiia.* 2018;58(9):63–66.

Использование разной терминологии, несогласованность клинических и морфологических классификаций, их несоответствие «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (МКБ-10), противоречия в действующих нормативно-методических документах приводят к проблемам в организации и оказании медицинской помощи, неверному статистическому учету. Заслушав и обсудив выступления специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов на симпозиумах и круглом столе, организованных в рамках XXV Конгресса «Человек и лекарство», все участники констатировали ряд проблем, связанных с выбором первоначальной причины смерти и последующей оценкой показателей смертности от отдельных причин:

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ежегодно вносит изменения в МКБ-10, которые публикуются на официальном сайте ВОЗ, но эти изменения регулярно не переводятся, не публикуются и практически не используются в Российской Федерации, хотя отдельные новые

правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти направляются в регионы письмами Минздрава России и методическими рекомендациями ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ.

2. Правила выбора «основного заболевания (состояния)» в статистике заболеваемости и «первоначальной причины смерти» в статистике смертности определены МКБ-10, однако не всегда используются практикующими врачами не только в России, но и в других странах мира.

3. Международная статистическая классификация болезней не является образцом для формулирования клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагноза, а служит только для его формализации. В связи с этим невозможно достигнуть полной соподчиненности клинических и морфологических классификаций МКБ-10. Многие нозологические единицы, которые содержатся в МКБ-10, традиционно не используются клиницистами в прижизненной диагностике состояний и заболеваний, а также патологоанатомами и судебно-медицинскими экспертами по результатам

аутопсий, отсутствует согласованность между клиницистами и патологоанатомами в употреблении ряда терминов. Часть представленных в МКБ формулировок не имеет клинических и морфологических объяснений и обоснований. Не определены клинические и морфологические критерии для установления данных диагнозов, нет классификаций для данных состояний.

4. В последние годы в России посмертные диагнозы и медицинские свидетельства о смерти оформляют у 40–44% умерших клиницисты (без проведения вскрытий), у 20–23% – патологоанатомы и у 36–37% – судебно-медицинские эксперты (по результатам посмертных патологоанатомических и судебно-медицинских исследований). Процент аутопсий ежегодно растет, причем почти 65% вскрытий в судебно-медицинской экспертизе составляют вскрытия умерших от ненасильственных причин (скоропостижная смерть). Приказ Минздрава России от 04.12.1996 г. №398 «О кодировании (шифровке) причин смерти в медицинской документации» возложил на врачей, а не специалистов по статистике, обязанность кодировать по МКБ (тогда МКБ-9) медицинскую документацию, в то время как во многих странах это является функцией специалистов по статистике. Хотя это не устраняет все ошибки кодирования причин смерти по МКБ-10, если врачи не формулируют диагнозы в соответствии с требованиями МКБ. Несмотря на определенные успехи в повышении качества оформления диагнозов, медицинских свидетельств о смерти и кодирования причин смерти по МКБ-10, а также объективизации ряда показателей смертности населения в России, сохраняются серьезные проблемы, требующие согласованного мнения специалистов различного профиля – статистиков, клиницистов и морфологов. Прежде всего это касается объективизации установления посмертных диагнозов и первоначальных причин смерти, подлежащих впоследствии кодированию по МКБ-10 и статистическому учету. Так, процент расхождений заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в среднем по РФ за 15 лет снизился в 10 раз – с 10–16% в начале 2000-х гг., до 1,2% в 2016 г. По международной модели расчета, с учетом процента вскрытий, этот показатель должен быть не ниже 20% (в странах ЕС он составляет в последние годы 12–33%, в США – 14–24%). Основными факторами, влияющими на объективность формулировки и сопоставления диагнозов, являются не столько квалификация врачей, сколько экономическое (санкции ФОМС и разная «стоимость» диагнозов) и административное (парадокс снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний при сохранении общего показателя смертности населения ряда регионов) давление на результаты вскрытий, накопившиеся нерешен-

ные организационные проблемы, касающиеся работы патологоанатомической службы в стране.

5. Наиболее остро вопрос о правилах формулировки диагнозов и кодирования причин смерти стоит для класса IX МКБ-10 – болезни системы кровообращения (БСК), а именно групп – ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярной болезни (ЦВБ). Статистические данные о причинах смерти населения в России несопоставимы с таковыми в других странах. Так, в России по сравнению с США в 2000–2015 гг. была в 1,6 раза ниже смертность от острых форм ИБС, но в 1,3 раза выше – от хронических (хронические формы в группе ИБС составили 88%); в 200 раз выше смертность от инфаркта головного мозга, вызванного неуточненными причинами; в 200 раз выше доля «гипертензивной энцефалопатии» в смертности от ЦВБ (причем этот код должен применяться крайне редко, только при гипертоническом кризе); в 50 раз – выше доля «других уточненных поражений сосудов мозга (хроническая ишемия мозга)» и в 105 раз – ниже смертность от болезни Альцгеймера и т. д. [1–3]. Сходная ситуация отмечается с регистрацией смертей от алкогольной кардиомиопатии. Приведенные факты свидетельствуют, что статистические данные о причинах смерти населения в России носят искаженный характер.

6. В части случаев, особенно у умерших пожилого возраста, имеются коморбидные состояния, и врачам бывает сложно, руководствуясь правилами МКБ-10, выделить одно ведущее состояние (заболевание) – первоначальную причину смерти. Ввиду высокой распространенности мультиморбидной патологии в популяции проблема требует внимания специалистов с точки зрения как оказания медицинской помощи, так и уточнения состояния здоровья пациентов, должна быть отражена в определенных рубриках диагноза, а в перспективе подлежать обязательному статистическому учету.

7. Наиболее распространенными ошибками при оформлении медицинских свидетельств о смерти являются (учитывая исследование, проведенное в Иркутске) следующие: переписывание диагноза из медицинских карт без изменений, включение развернутого диагноза, неправильный выбор первоначальной причины смерти, неверный порядок патологических состояний, включение нескольких заболеваний в одну строку, указание в качестве первоначальной и непосредственной причины смерти болезней, таковыми не являющихся, использование сокращений и аббревиатур, отсутствие или неверное определение кода МКБ [4].

8. Серьезной проблемой является то, что достаточно большая доля смертей регистрируется в селах и небольших населенных пунктах, пациенты пожилого возраста часто умирают дома, без обращения за медицинской

помощью в течение месяцев, а иногда и лет, что приводит к появлению в свидетельствах неуточненных первоначальных причин смерти и вызывающей настоятельность тенденции необоснованного расширения использования диагноза «старость».

9. Все это наряду с отсутствием единого учебного центра и системы обучения по МКБ в Российской Федерации приводило к многочисленным ошибкам кодирования (межклассовым – до 20%, внутриклассовым – до 40%).

Таким образом, результаты обсуждения свидетельствуют о проблемах сопоставимости данных о смертности от отдельных причин (в динамике, между регионами России, между Россией и другими странами), что обусловлено следующими причинами:

1. Проблемы в статистической оценке смертности от отдельных причин.
2. Использование разных подходов и критериев к формулировке диагнозов, несоблюдение правил выбора первоначальной причины смерти и неправильное кодирование.
3. Несоответствие терминов и формулировок, используемых в МКБ, терминам и формулировкам, используемым в клинической, патологоанатомической и судебно-медицинской практике (особенно при ИБС).
4. Отсутствие полноценной системы обучения врачей, ординаторов и студентов принципам формулировки диагнозов с учетом правил МКБ.
5. Недостаточное внедрение автоматизированной системы кодирования, использование которой изменяет структуру смертности (например, согласно результатам пилотных исследований, доля смертей от БСК снижается с 55 до 36–38%).

Учитывая представленные данные, участники круглого стола считают целесообразным дальнейшее изучение перечисленных вопросов на уровне профессиональных медицинских сообществ с привлечением специалистов смежных специальностей.

По итогам обсуждения было принято решение о создании междисциплинарной рабочей группы под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России с целью обсуждения и возможной реализации следующих предложений:

- поэтапно передать кодирование причин смерти по МКБ-10 в России специалистам по медицинской статистике;
- совместно с ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко» РАН, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России под руководством Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России

создать, утвердить и внедрить во всех регионах страны единую автоматизированную систему для оформления и формирования базы данных медицинских свидетельств о смерти, с возможным многофакторным анализом причин смерти;

- сформулировать задачи профессиональным медицинским ассоциациям по разработке единых клинико-морфологических классификаций, не противоречащих МКБ-10, с соответствующими синонимами для применения в диагнозах и кодирования по МКБ-10;
- издать на русском языке приложение к МКБ-10 (уточнения и дополнения по версии 2017 г.), доработать т. 3 МКБ-10 как справочник с клиническими, морфологическими и статистическими синонимами терминов классификаций болезней, прежде всего, ИБС; привести в соответствие с 323-ФЗ и МКБ-10 (2017) и издать единые рекомендации Минздрава России по формулировке и кодированию диагнозов;
- организовать на базе учебного центра сотрудничающего центра ВОЗ в России по семейству международных классификаций обучение врачей всех специальностей единым правилам формулировки диагноза (пригодного для последующей кодировки по МКБ): включить раздел «учение о диагнозе» в соответствующие учебные программы вузов по всем специальностям;
- принять положение, что сам факт (и процент) расхода диагнозов не является дефектом оказания медицинской помощи, разработать и утвердить правила сличения заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов, организации и проведения комиссий по анализу летальных исходов и клинико-анатомических конференций; внести соответствующие изменения в законодательные акты РФ, нормативную базу Минздрава России и ФОМС;
- завершить централизацию патологоанатомической службы, начатую в России в 1988 г. (Приказ МЗ РСФСР от 04.01.1988 г. № 2), организовать целевую подготовку кадров для скорейшего устранения острого дефицита кадров патологоанатомов, повысить качество их подготовки и внести соответствующие уточнения и дополнения в нормативные документы патологоанатомической службы;
- организовать вертикально-структурированную (регионы–центр) и постоянно действующую комиссионную структуру по контролю над оформлением и кодированием диагнозов и медицинских свидетельств о смерти с участием специалистов по статистике, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов;
- организовать Всероссийское совещание по вопросу смертности от БСК с приглашением главных внешних специалистов субъектов РФ по кардиологии,

патологической анатомии, судебно-медицинской экспертизы, специалистов службы медицинской статистики для решения на совещании вопроса о целесообразности создания рабочей группы и последующей разработки методических рекомендаций по вопросу формулирования диагнозов при болезнях системы кровообращения, правил кодирования и выбора первоначальной причины смерти с учетом решений и предложений рабочей группы при Минздраве России.

Рабочая группа

Барбарааш О.А. (Кемерово), Бойцов С.А. (Москва), Вайсман Д.Ш. (Москва), Галявич А.С. (Казань), Драккина О.М. (Москва), Забозлаев Ф.Г. (Москва), Зайратьянце О.В. (Москва), Какорина Е.П. (Москва), Кактурский Л.В. (Москва), Клевно В.А. (Москва), Никулина Н.Н. (Рязань), Самородская И.В. (Москва), Черкасов С.Н. (Москва), Эфрос Л.А. (Челябинск), Якушин С.С. (Рязань).

Information about the author:

National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Samorodskaya Irina V. – MD, professor.

E-mail: samor2000@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Boytsov S. A., Samorodskaya I. V., Nikulina N. N. et al. Comparative analysis of mortality from acute forms of ischemic heart disease during a 15-year period in the Russian Federation and the United States and the factors influencing its formation. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2017;89 (9):53–59. DOI: 10.17116/terarkh201789953–592 Russian (Бойцов С.А., Самородская И.В., Никулина Н.Н. и др. Сравнительный анализ смертности населения от острых форм ишемической болезни сердца за пятнадцатилетний период в РФ и США и факторов, влияющих на ее формирование. *Терапевтический архив* 2017;89 (9):53–59).
2. Boytsov S. A., Andreev E. M., Samorodskaya I. V. Assessment of the Possibility of Comparing Mortality Rates from Diseases of the Circulatory System in the United States and Russia. *Kardiologiya* 2017; 57 (1):5–16. DOI: 10.18565/cardio.2017.1.5–16. Russian (Бойцов С.А., Андреев Е.М., Самородская И.В. Оценка возможности сравнения показателей смертности от болезней системы кровообращения в России и США. *Кардиология* 2017;57 (1):5–16).
3. Boytsov S. A., Samorodskaya I. V., Galyavich A. S. et al. Statistical, clinical and morphological classifications of coronary heart disease – possible to unite? *Russian Journal of Cardiology* 2017; 143 (3): 63–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.15829/15604071-2017-3-63-71>. Russian (Бойцов С.А., Самородская И.В., Галявич А.С. и др. Статистическая, клиническая и морфологическая классификация ишемической болезни сердца – есть ли возможность объединения? *Российский кардиологический журнал* 2017;143 (3):63–71).
4. Rezolyuciya kruglogo stola na temu “Vklad boleznej sistemy krovoobrashcheniya v strukturu obshchej smertnosti: voprosy i problem”. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii* 2016;60 (5):277–280. DOI 10.18821/0044-197X2016-60-5-277-280 (Резолюция круглого стола на тему «Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности: вопросы и проблемы». *Здравоохранение Российской Федерации* 2016;60 (5):277–280).

Поступила 12.05.18 (Received 12.05.18)