

РЕЗОЛЮЦИЯ
КРУГЛОГО СТОЛА НА ТЕМУ «ВКЛАД БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
В СТРУКТУРУ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ: ВОПРОСЫ И ПРОБЛЕМЫ».
11 мая 2016 года, г. Москва

Болезни системы кровообращения (БСК) – значимая медико-социальная проблема вследствие высокой инвалидизации и смертности населения. За последние десятилетия смертность от БСК значительно снизилась во многих экономически развитых странах мира. Более 80 % от общего числа смертей от БСК в настоящее время приходится на развивающиеся страны.

С 2006 по 2014 год в России, по данным Росстата, отмечается выраженное снижение показателей смертности от БСК как в популяции в целом (на 25,5 %), так и в отдельных возрастных группах. Доля умерших по причине БСК от общего числа умерших уменьшилась с 56,9 % в 2006 году до 50,1 % в 2014 году. Наиболее значительное снижение показателей смертности от БСК зарегистрировано в следующих возрастных группах: 1–4 года (на 52 %), 25–29 лет (на 39 %) и старше 85 лет (на 39 %). В то же время доля умерших от БСК в старших возрастных группах и в 2006 году, и в 2014 году чрезвычайно высока (до 70 %), что, по мнению участников, может быть следствием нескольких причин: увеличения продолжительности жизни с увеличением частоты БСК в старших возрастных группах на фоне недостаточной первичной и вторичной профилактики; ограничения доступности высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП); неадекватности оценки первопричины смерти (низкий процент вскрытий умерших дома; использования шаблонных диагнозов и диагнозов с неопределенными формулировками). Это требует дополнительного изучения.

Вместе с тем уточнение и изменение определений заболеваний, внесение изменений в клинические классификации, трудности согласования отдельных понятий и критериев диагностики отдельных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) между профессиональными обществами, несовершенная практика кодирования заболеваний и несоблюдение правил МКБ-10 по выбору первоначальной причины смерти, внесение изменений в краткую номенклатуру причин смерти Росстата усложняют статистическую оценку динамики и нозологической структуры смертности

населения. Высказывается мнение, что в связи с ручным заполнением свидетельств о смерти, неправильным кодированием и несоблюдением правил МКБ-10 по выбору первоначальной причины смерти имеет место невысокая достоверность данных об уровне смертности от БСК, основанной на выборе первоначальной причины смерти.

Участники круглого стола констатируют ряд проблем, связанных с выбором первоначальной причины смерти и последующей оценкой показателей смертности от БСК.

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) ежегодно вносит изменения в МКБ-10, которые публикуются на официальном сайте ВОЗ, но эти изменения не переводятся и не публикуются регулярно и практически не используются в Российской Федерации, хотя отдельные новые правила кодирования и выбора первоначальной причины смерти направляются в регионы письмами Минздрава России.

2. Правила выбора основного заболевания в статистике заболеваемости и первоначальной причины смерти в статистике смертности определены МКБ-10, однако не всегда используются практически врачами не только в России, но и в других странах мира. Например, правила выбора основного заболевания при кодировании случаев заболеваний для компенсации затрат медицинским учреждениям, проведении научных клинических и эпидемиологических исследований отличаются от принципов, изложенных в МКБ. Многие диагнозы, которые содержатся в МКБ-10, традиционно не используются отечественными клиницистами в прижизненной диагностике состояний и заболеваний. В то же время, согласно данным Росстата (группируемым на основе краткой номенклатуры причин смерти), ежегодно в качестве причин смерти указываются «Атеросклеротическая болезнь сердца» и «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная», «Кардиомиопатия неуточненная», «Церебральный атеросклероз», «Цереброваскулярная болезнь неуточненная», «Последствия цереброваскулярных болезней», «Атеросклероз». С учетом

того, что в краткой номенклатуре причин смерти Росстата несколько причин смерти и кодов МКБ-10 объединены в одну группу (например, «Прочие формы хронической ишемической болезни сердца» включают согласно номенклатуре Росстата коды МКБ-10 I25.2-6,8), трудно понять, насколько правильно использованы коды и не используются ли в свидетельствах причины смерти, которые по правилам МКБ-10 вообще не могут применяться в качестве диагноза при заполнении свидетельства о смерти: «Другие уточненные поражения сосудов мозга», «Прочие цереброваскулярные болезни», «Другие болезни артерий, артериол и капилляров», «Другие и неуточненные болезни системы кровообращения».

3. Часть перечисленных формулировок также не имеет клинических объяснений и обоснований. Не определены клинические критерии для установления данных диагнозов, нет классификаций для данных состояний. Более того, в современной отечественной клинической кардиологии не фигурируют вышепредставленные диагнозы. Диагностика этих нозологий бездоказательная, и тем не менее, согласно данным Росстата, они составляют 71 % всех случаев смерти, зарегистрированных в возрасте 70 лет и старше. Следует отметить, что в ряде других стран также регистрируются смерти от перечисленных причин. Так, стандартизованный показатель смертности (СПС) от «Атеросклеротической болезни сердца» (группа ИБС) в США составил в 2014 году 43,9 на 100 тыс. населения (в РФ – 118,8). И это, вероятно, свидетельствует о том, что в части случаев другими причинами смерти являются коморбидные состояния (особенно в пожилом возрасте), когда каждое из существующих заболеваний не является потенциально смертельным, возможно, протекает атипично, и врачам сложно выделить состояние (заболевание), которое привело к смерти пациента. Можно предположить, что большая доля пациентов с такими состояниями находится вне поля зрения кардиологов, поскольку такие диагнозы не используются в их клинической практике. Но вклад таких диагнозов в структуру смерти значителен, описанная проблема, безусловно, требует внимания кардиологов как с точки зрения оказания медицинской помощи, так и уточнения состояния здоровья пациентов.

4. Требует дополнительного анализа проблема вклада в общее число смертей и различий в показателях смертности от тех причин, которые широко используются в клинической практике. Участники круглого стола обращают внимание на различия в трактовке и использовании терми-

нологии различными профессиональными сообществами: в МКБ и российских клинических руководствах используется термин «ГБ» для первичной, эссенциальной гипертензии, в то время как в зарубежных клинических руководствах используется термин «артериальная гипертензия» (АГ), что требует проведения работы по унификации терминологии. Необходимо обратить внимание на сердечную недостаточность как причину смерти. МКБ-10 указывает на недопустимость использования терминов «сердечная и дыхательная недостаточность» в статистике смертности, даже в качестве непосредственной причины. Вместе с тем и в России, и в ряде других стран отмечается значительное число смертей, в которых сердечная недостаточность указана в качестве первоначальной причины. В США смертность от сердечной недостаточности (I50 – Heart failure) составляет 18,5 на 100 тыс. В РФ в Краткой классификации Росстата есть шифр «Сердечная недостаточность неуточненная», и смертность от этой причины составляет 2,94 на 100 тыс. населения.

5. Требует внимания проблема унификации критериев установления диагноза. Наглядно свидетельствуют о различных подходах к оценке состояния пациента и кодированию причин смерти (несмотря на единые для всех правила, описанные в МКБ) показатели смертности от инфаркта миокарда (ИМ) и ИБС в РФ и США. Так, СПС от ИМ в 2014 году в России составил 34,7 на 100 тыс. населения, в США – 30,9; от ИБС в РФ – 260,3, в США – 98,8 на 100 тыс. населения. Определенные различия могут быть обусловлены разными стандартами «возрастной структуры населения» при расчете стандартизованных коэффициентов смертности, но тем не менее очевидна несопоставимость ряда показателей, особенно тех, которые не имеют четких критериев диагностики. Данные несоответствия связаны с неправильным выбором первоначальной причины смерти. С 2006 по 2014 год в России отмечено значительное снижение показателей смертности в группе цереброваскулярных болезней (ЦВБ). Стандартизованный показатель смертности от ЦВБ снизился на 42,7 %. Это может свидетельствовать об улучшении доступности и качества медицинской помощи. Нельзя исключить, что часть случаев смертей из этой группы перешла в такую группу причин, как «Старость». В 2006 году показатель смертности от «старости» (R54) в РФ составил 103, а в 2014 году уже 1 143 на 100 тыс. населения в возрасте старше 70 лет. Кроме того, вполне вероятно, в РФ часть смертей, связанных с деменцией, также регистрируется в группе ЦВБ. Так,

в США смертность от «Других уточненных поражений сосудов мозга» (I67.8 класс БСК) составила в 2014 году 0,4 на 100 тыс. населения, в России – 21,3. Смертность от «Церебрального атеросклероза» (код I67.2 класс БСК) в США – 0,7 на 100 тыс. населения, в России – 28,1. Смертность от болезни Альцгеймера в 2014 году в России – 0,62 на 100 тыс. населения (в возрасте старше 85 лет – 13,8 на 100 тыс. населения), в США – 25,4 на 100 тыс. населения (в возрасте старше 85 лет – 1 006 на 100 тыс. населения). В целом отсутствие четких критериев диагностики отдельных состояний (в том числе деменций различной этиологии) приводит к различному вкладу этих состояний в структуру смертности и делает показатели в разных странах и регионах РФ мало сопоставимыми.

Близкая ситуация отмечается с регистрацией смертей от ИМ, алкогольной кардиомиопатии и внезапной сердечной смерти (ВСС). Так, по данным Росстата, число умерших от ИМ (первичного и повторного) в возрасте от 18 до 60 лет в 2014 году составило 14 532, а от алкогольной кардиомиопатии – 15 501. Согласно данным исследования в Челябинской области (Л. А. Эфрос), в трудоспособном возрасте смертность от алкогольной кардиомиопатии выше, чем от инфаркта миокарда, у мужчин – в 1,8 раза, у женщин – в 7 раз. При этом, несмотря на связь смертности с уровнем потребления алкоголя (А. В. Немцов), эта причина смерти остается недоучтенной. В то же время использование разных критериев алкогольной кардиомиопатии приводит к существенным различиям в оценке вклада заболевания в смертность населения в разных регионах России и других стран (Ф. И. Белялов). Очевидно, что алкогольная кардиомиопатия (и другие заболевания, обусловленные негативным влиянием алкоголя) является серьезной проблемой общественного здравоохранения и требует тщательного анализа распространенности и уровня смертности с использованием единых критериев диагностики.

6. Наиболее распространенными ошибками при оформлении свидетельств о смерти являются (учитывая исследование, проведенное в Иркутске Ф. И. Беляловым) переписывание диагноза из медицинских карт без изменений, включение развернутого диагноза, неверный порядок патологических состояний, включение нескольких заболеваний в одну строку, указание в качестве причины смерти болезней, таковыми не являющихся, использование сокращений и аббревиатур, отсутствие или неверное определение кода МКБ.

7. Серьезной проблемой является то, что достаточно большая доля смертей регистрируется в се-

лах 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 диагнозов.

8. Все это наряду с отсутствием ранее единого учебного центра и системы обучения по МКБ в Российской Федерации (согласно исследованию Д. Ш. Вайсмана) приводило к многочисленным ошибкам кодирования (межклассовым – до 20 %, внутрикласовым – до 40 %).

9. Особое внимание следует обратить на формирование патологоанатомического диагноза, поскольку в настоящее время складывается ситуация, когда в некоторых регионах по различным причинам (финансовым, административным, с учетом профильности лечебного подразделения и стремления избежать расхождений диагнозов) упускается клиническая сущность патологического процесса.

10. Важно придерживаться формулировки диагноза в классическом представлении с выделением всех нозологий и их места: основное, конкурирующее, осложнение, фоновое, сопутствующее – с соответствием с едиными правилами МКБ-10, переведенными и в доступной форме изложенными для широкого врачебного сообщества.

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

В РФ в целом и в отдельных регионах отмечается снижение показателей смертности от БСК. Проведенный анализ структуры и показателей смертности свидетельствует о проблемах сопоставимости данных о смертности от отдельных причин (в динамике, между регионами России, между Россией и другими странами), что обусловлено следующим:

1. Проблемами в статистической оценке смертности от БСК.

2. Использованием разных подходов и критериев к установлению диагнозов, несоблюдением правил выбора первоначальной причины смерти и неправильным кодированием.

3. Отсутствием полноценной системы обучения врачей, ординаторов и студентов принципам формирования диагнозов с учетом правил МКБ.

4. Недостаточным внедрением автоматизированной системы кодирования, использование которой изменяет структуру смертности (например,

согласно результатам пилотных исследований доля смертей от БСК снижается с 55 до 36–38 %).

На основании изложенного участники круглого стола решили следующее.

1. Признать эффективными меры, принимаемые в системе здравоохранения для снижения смертности от БСК.

2. Считать важными и своевременными принимаемые в настоящее время государственные инициативы по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (в том числе БСК) и по расширению видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ССЗ.

3. На экспертном уровне согласовать клинико-анатомические критерии установления диагнозов, предусмотренных МКБ-10, класс IX «Болезни системы кровообращения (I00 – I99) и разработать инструкции для врачей по оформлению диагнозов, включая посмертные.

4. Предложить главным внештатным специалистам МЗ РФ:

а) провести анализ нозологической структуры умерших от соответствующего класса болезней, формулировок диагнозов, которые попадают в Росстат из свидетельства о смерти в качестве первоначальной причины смерти;

б) провести с заинтересованными специалистами согласование критериев установления диагнозов, имеющихся в МКБ, но отсутствующих в клинических классификациях БСК и не имеющих объективных клинико-инструментальных показателей; согласование процесса установления патологоанатомических и клинических диагнозов и подготовку предложений по всем пунктам кодирования диагнозов в случае смерти пациента;

в) провести работу по приведению используемых профессиональными сообществами клинических классификаций в соответствие с МКБ-10.

5. Просить Минздрав России:

а) организовать мониторинг смертности с помощью внедрения автоматизированной системы, обеспечивающей автоматизированное кодирование и автоматический выбор первоначальной причины смерти, повышающей достоверность статистики и освобождающей время врача;

б) организовать на базе учебного центра Сотрудничающего центра ВОЗ в России по семей-

ству международных классификаций обучение специалистов, ответственных за кодирование причин смерти по правилам МКБ-10;

в) организовать взаимодействие главных внештатных специалистов, профессиональных некоммерческих медицинских организаций и Сотрудничающего центра ВОЗ в России по семейству международных классификаций с целью подготовки инструкции по выбору основных причин смерти при разных нозологиях с последующим утверждением в Минздраве и направить в регионы;

г) организовать всероссийское совещание по вопросу смертности от БСК с приглашением главных внештатных специалистов субъектов РФ по кардиологии, патологической анатомии, судебно-экспертизе, заместителей главных врачей, главных врачей поликлиник.

6. Предложить Российскому кардиологическому обществу создать постоянно действующую рабочую группу специалистов:

– для анализа смертности от БСК с публикацией ежегодных данных;

– подготовки предложений по совершенствованию инструкций и рекомендаций в части оформления и кодирования диагнозов при сердечно-сосудистых заболеваниях;

– проведения тренингов для практикующих кардиологов по правильному оформлению диагнозов и кодированию в первичной медицинской документации, включая медицинские свидетельства о смерти, заполнению, кодированию причин смерти в свидетельствах о смерти.

7. Предложить Сотрудничающему центру ВОЗ в России по семейству международных классификаций:

– включить участников рабочей группы круглого стола в процесс подготовки 3-го тома МКБ-10, содержащего клинические формулировки диагнозов, включая отечественные;

– разработать программу обучения с четким регламентом (схемами) по формулировкам диагнозов при сердечно-сосудистых заболеваниях для дальнейшего включения в учебные планы клинических ординаторов;

– организовать проведение тренингов в виде вебинаров.

РАБОЧАЯ ГРУППА: профессор М. В. Авксентьева (Москва), профессор О. Л. Барбараш (Кемерово), профессор С. А. Бойцов (Москва), профессор Ф. И. Белялов (Иркутск), д-р мед. наук Д. Ш. Вайсман (Москва), профессор А. С. Галявич (Казань), профессор С. Р. Гиляревский (Москва), профессор А. Е. Доросевич (Смоленск), профессор Е. П. Какорина (Москва), профессор О. А. Козырев (Смоленск), д-р мед. наук А. В. Немцов (Москва), профессор И. В. Самородская (Москва), профессор В. Ю. Семенов (Москва), С. Н. Черкасов (Москва), профессор Л. А. Эфрос (Челябинск).