



Читать
онлайн
Read
online

Ворошилова Е.А., Шекелашвили А.И., Ерошин Ю.В.

Оформление заключительного клинического диагноза в онкологии: так ли понятны «правила игры»?

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 115522, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение. Международная классификация болезней (МКБ) стандартизирует подходы к формированию патологоанатомического диагноза. Считается, что принципы формирования заключительного клинического диагноза аналогичны патологоанатомическому, но не во всех клинических ситуациях врачи имеют возможность следовать этому правилу.

Цель исследования — оценка ориентированности врачебного персонала в правилах формирования заключительного клинического диагноза; выявление структуры дефектов оформления диагноза онкологического больного; анализ нормативно-правовых актов, учётных документов и методических рекомендаций, посвящённых вопросу формирования заключительного клинического диагноза.

Материалы и методы. В исследовании использовали статистические данные крупнейшей в Европе онкологической клиники за 2022 г. Проведён анализ дефектов оформления заключительного клинического диагноза по II классу болезней (новообразования) классификации ВОЗ (МКБ-10). Применяли аналитический и статистический методы. Дополнительно изучены нормативно-правовые акты, учётные документы, классификации и методические рекомендации профессиональных сообществ, регулирующие вопросы оформления клинического диагноза онкологических пациентов.

Результаты. Анализ нормативно-правовых актов, учётных документов и методических рекомендаций показал наличие правового пробела и разной трактовки инструкции 2-го тома МКБ 10-го пересмотра со стороны профессионального сообщества в вопросе формирования и кодирования заключительного диагноза в онкологии.

Ограничения исследования. Исследование имеет возрастные и нозологические ограничения, касающиеся населения с диагнозом рубрик C00–D48 в возрасте от 18 лет.

Заключение. Описанные примеры разных подходов к кодированию клинического и патологоанатомического диагнозов ставят под сомнение утверждение о единых правилах формирования диагнозов. Данный вопрос весьма обширен и, несомненно, требует детальной проработки как на уровне экспертного сообщества, так и на законодательном уровне. Разработка самостоятельной, простой к использованию рекомендации по оформлению и кодированию клинического диагноза может позитивно сказаться на снижении числа дефектов диагноза в первичной медицинской документации.

Ключевые слова: клинический диагноз; Международная классификация болезней 10-го пересмотра; кодирование; первично-множественные опухоли; новообразования неопределённого или неизвестного характера

Соблюдение этических стандартов. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, протокол № 14 от 16.12.2024. Все участники дали информированное добровольное письменное согласие на участие в исследовании.

Для цитирования: Ворошилова Е.А., Шекелашвили А.И., Ерошин Ю.В. Оформление заключительного клинического диагноза в онкологии: так ли понятны «правила игры»? *Здравоохранение Российской Федерации.* 2025; 69(5): 455–461. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-5-455-461>
<https://elibrary.ru/mewiut>

Для корреспонденции: Ворошилова Екатерина Александровна, e-mail: e.voroshilova@ronc.ru

Участие авторов: Ворошилова Е.А. — разработка концепции и дизайна статьи, обзор литературы, составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта, составление списка литературы; Шекелашвили А.И., Ерошин Ю.В. — критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценных замечаний интеллектуального содержания. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии спонсорской поддержки при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила: 15.11.2024 / Поступила после доработки: 22.01.2025 / Принята к печати: 19.02.2025 / Опубликована: 31.10.2025

Ekaterina A. Voroshilova, Anna I. Shekelashvili, Yuriy V. Eroshin

Making a final oncological clinical diagnosis: are the “rules of the game” so clear?

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, 115522, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) standardizes approaches to the formation of a pathological diagnosis. It is assumed the principles for forming the final clinical diagnosis to be similar to the pathoanatomical ones, but not in all clinical situations doctors have the opportunity to follow this rule.

The purpose of the study. Assessing the orientation of medical personnel in the rules for forming the final clinical diagnosis; analysis of regulations, accounting documents and methodological recommendations for the formation of a final clinical diagnosis.

Materials and methods. The study used statistical data from the largest oncology clinic in Europe for 2022. An analysis of defects in the final clinical diagnosis was carried out (the second class of diseases — neoplasms, ICD-10). Analytical and statistical methods were used. Additionally, regulations, accounting documents, classifications and methodological recommendations of professional communities were studied — about issues of formalizing the clinical diagnosis in cancer patients.

Results. Analysis of the studied regulations, accounting documents and methodological recommendations showed the presence of a legal gap and different interpretations of the instructions in the second volume of ICD-10 by the professional regarding the formation and coding of the final diagnosis in oncology.

Research limitations. The study has age and nosological restrictions; it concerns the population diagnosed with category C00–D48 aged of 18 years or older.

Conclusion. The described examples of different approaches to coding clinical and pathological diagnoses call into question the statement about uniform rules for forming diagnoses. This issue is very extensive and undoubtedly requires detailed study, both at the level of the expert community and at the legislative level. The development of independent, easy-to-use recommendations for the design and coding of a clinical diagnosis can have a positive impact on reducing the number of diagnostic defects in primary medical documentation.

Keywords: *clinical diagnosis; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; coding; primary multiple tumors; neoplasms of undetermined or unknown nature*

Compliance with ethical standards. The study was approved by the Ethics Committee National Medical Research Center of Oncology. Protocol No. 14 dated December 16, 2024. All participants gave informed voluntary written consent to participate in the study.

For citation: Voroshilova E.A., Shekelashvili A.I., Eroshin Yu.V. Making a final oncological clinical diagnosis: are the “rules of the game” so clear? *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii / Health Care of the Russian Federation, Russian journal.* 2025; 69(5): 455–461. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-5-455-461> <https://elibrary.ru/mewiut> (in Russian)

For correspondence: Ekaterina A. Voroshilova, e-mail: e.voroshilova@ronc.ru

Contribution of the authors: Voroshilova E.A. — concept and design of the study, collection and processing of material, statistical processing, compilation of a list of references, approval of the final version of the article; Shekelashvili A.I., Eroshin Yu.V. — critical revision of the draft manuscript with the introduction of valuable comments of intellectual content. All authors are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of its final version.

Funding. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: November 15, 2024 / Revised: January 22, 2025 / Accepted: February 19, 2025 / Published: October 31, 2025

Введение

Общаясь с практикующими врачами, организаторы здравоохранения нередко слышат одни и те же вопросы — зачем нам, оперирующим хирургам или загруженным врачам первичного звена, разбираться в классификациях болезней или формулировках диагнозов? Ведь наша самая основная задача — помочь пациенту. Действительно ли любому врачу просто достаточно диагностировать болезнь и назначить лечение? На самом деле — не совсем так. Врач обязан анализировать свой личный опыт, опыт своих коллег, делая выводы, даже не всегда позитивные. Анализ результатов работы как конкретного врача, так и всей медицинской службы страны возможен только при достоверном ведении медицинской документации, что позволит правильно понимать ситуацию и принять своевременные решения, направленные на улучшение состояния здоровья населения. Халатное отношение к оформлению учётных документов приводит к искажению статистических сведений, на основе которых в дальнейшем формируются аналитические сведения о работе службы, в том числе о прогностических финансовых потребностях при лечении больных. Ведь достоверные статистические данные являются основой для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению, которые разрабатываются с учётом детальных группировок диагнозов и служат экономической основой оказания медицинской помощи.

Внедрение в практику Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) как раз имело цель стандартизировать подходы к формированию диагноза. Однако в данной классификации речь идёт именно о патологоанатомическом, а не о клиническом диагнозе, принципы формирования для которого в подавляющем числе случаев, безусловно, должны быть аналогичными, ведь это обусловлено необходимостью их сличения (сопоставления) при проведении клинико-экспертной работы [1]. Но не во всех клинических ситуациях мы имеем возможность следовать этому правилу. В практике врача-онколога нередки случаи, когда рекомендации по формулировке и кодированию патологоанатомического диагноза не могут быть применены к клиническому, о чём мы расскажем далее. И, к сожалению, врачи-онкологи зачастую испытывают трудности или вовсе не ориентированы в требованиях

по оформлению диагноза, используют устоявшиеся в учреждении, иногда совсем неверные, нормы [2].

Цель исследования — оценка ориентированности врачебного персонала в правилах формирования заключительного клинического диагноза; выявление структуры дефектов оформления диагноза онкологического больного; анализ нормативно-правовых актов, учётных документов и методических рекомендаций, посвящённых вопросу формирования заключительного клинического диагноза.

Материалы и методы

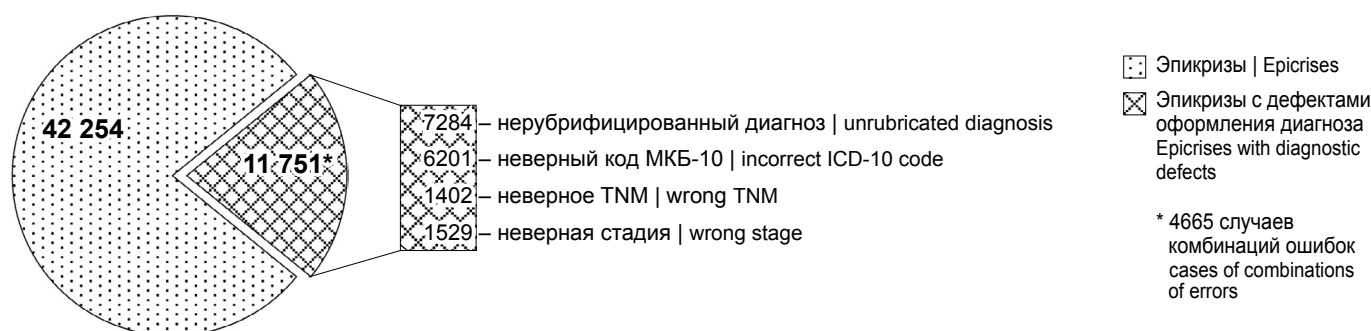
Информационную базу статьи составляют итоги опроса, проведённого методом анкетирования врачебного персонала и учащихся ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России в 2022 г. Объём выборки — 150 человек (и них 67 — врачебный персонал, 66 — ординаторы, 17 — аспиранты). Расчёт размера выборки респондентов рассчитывали на онлайн-калькуляторе, исходя из уровня доверительности 95% и уровне ошибки 5% (при генеральной совокупности 169, доверительный интервал $\pm 2,6\%$). Анализ структуры дефектов оформления диагноза проведён на основе проверки врачами-методистами учреждения эпикризов всех 100% выписанных пациентов за текущий год ($n = 54\ 005$). Эпикризы НМИЦ онкологии им. Блохина анализировались врачами-методистами при первичном поступлении документов в организационно-методический отдел (после выписки больного). При наличии дефектов оформления происходила фиксация ошибок в медицинской информационной системе учреждения, сами документы возвращались лечащему врачу на исправление. Эмпирическую базу исследования составили отечественные нормативно-правовые акты, учётные формы Минздрава России, а также методические рекомендации профессиональных врачебных сообществ.

Результаты

Из 54 005 проанализированных эпикризов 11 751 (22%) содержали дефекты оформления диагноза (**рисунок**).

Структура ошибок была следующей:

1) эпикризы с нерубрифицированным диагнозом или отсутствие указания имеющихся осложнений заболевания или сопутствующих заболеваний — $n = 7284$ (13%);



Структура дефектов оформления диагноза в выписных эпикризах, 2022 г.
Structure of defects in registration of diagnosis in discharge summaries, 2022.

2) неверное кодирование основного заболевания (МКБ-10) — $n = 6201$ (11%);

3) неверное стадирование злокачественного новообразования (ЗНО) по системе TNM или отсутствие TNM — $n = 1402$ (2,5%);

4) неверная группировка по стадии или отсутствие стадии ЗНО — $n = 1529$ (2,8%).

В 4665 случаев были выявлены комбинации ошибок.

Параллельно проведённый опрос среди врачебного персонала и учащихся (ординаторы, аспиранты) НМИЦ онкологии им. Блохина на предмет ознакомления с инструкциями по кодированию заболеваемости и смертности, содержащимися во втором томе МКБ-10 показал, что из 67 опрошенных врачей все 100% были информированы о необходимости использования классификации МКБ-10. Однако о наличии инструкции по кодированию заболеваний знали только 19 (28%) врачей (все опрошенные врачи-статистики, врачи-методисты и врачи-патологоанатомы, а также 7 врачей-онкологов), но только 12 (17%) из них хоть раз читали данную инструкцию. Среди учащихся ситуация была немного лучшей в связи с тем, что учреждение практикует проведение занятий по правилам оформления медицинской документации, но не идеальной. Также все учащиеся ($n = 83$) знали о классификации МКБ-10, 54% также знали и о наличии инструкции, но только 25% хоть раз ею пользовались. При попытках выяснить, в чём причина подобной ситуации, многие ссылались на сложность и объёмность данной инструкции, большой загруженностью в течение рабочего дня, а также на уверенность в подсказке со стороны старших коллег.

К сожалению, многие врачи не имеют чётких представлений о практическом использовании МКБ-10. А официальные инструкции и пособия немногочисленны, и действительно сложны даже для подготовленного врача-статистика [3]. Но, даже вникнув в данные правила, остаётся немало вопросов по применению данных инструкций не для патологоанатомического, а именно для клинического узкопрофильного диагноза. В своей работе мы попытались разобраться и сопоставить требования МКБ-10 с действующими нормативно-правовыми актами, учётными документами и иными классификациями, регулирующими вопросы оформления клинического диагноза ЗНО.

МКБ-10 — система рубрик с конкретными нозологическими единицами. Классификация основывается на трёхзначном коде для каждого заболевания. Новообразования занимают II раздел. Отдельно стоит отметить, что в данном разделе присутствуют диагнозы рубрик C00–D48. Таким образом, класс новообразований включает в себя

4 подкласса: ЗНО (C00–C97), *in situ* новообразования (D00–D09), доброкачественные новообразования (D10–D36) и новообразования неопределённого или неизвестного характера (D37–D48). При анализе дефектов оформления клинического диагноза (оценивали клинический диагноз в документах взрослых пациентов — рубрик C00–D48 в возрасте от 18 лет) выявлено, что врач-онколог зачастую испытывает сложности при выборе верного кода МКБ именно в нетипичных ситуациях, когда необходимо присвоить код для редко встречающейся в его практике опухоли или при новообразованиях с неподтверждённой морфологически злокачественностью. В действительности не все специалисты-онкологи знают ещё об одной классификации онкологических болезней (МКБ-о, 3 издание), которая может помочь в сложных ситуациях при выборе правильного кода заболевания. По сути МКБ-о-3 является патоморфологической классификацией, содержащей закодированные сведения о гистологическом типе новообразования и его характере (злокачественный/доброкачественный) [4]. Большинство врачей-онкологов задают вопрос: зачем нам нужно знать ещё и эту классификацию? По сути дела, они правы — досконально знать её не нужно, ведь данная классификация — это рабочее пособие для врачей-патологоанатомов. Но надо ориентироваться, как можно воспользоваться подсказками в МКБ-о-3 при формулировании основного диагноза. Первое и самое простое — правильная трактовка кода гистологического заключения. Согласно правилам врач-патологоанатом при формулировке морфологического заключения обязан не только привести микроскопическое описание, но и указать соответствующий новообразованию 5-значный морфологический код, последняя — пятая цифра которого обозначает характер новообразования и позволяет выбрать соответствующий код МКБ-10 для диагноза:

- /0 — доброкачественная опухоль (D10–D36);
- /1 — не ясно, доброкачественная или злокачественная опухоль (D37–D48);
- /2 — неинвазивный рак (*in situ*, внутриэпителиальный, неинфильтративный) (D00–D09);
- /3 — ЗНО, первичная локализация;
- /6 — ЗНО, метастатическое (C00–C97);
- /9 — ЗНО, которое не определено как первичное или метастатическое [5]. Обозначение характера опухоли цифрой /9, принятой в МКБ-о-3, неприменимо в контексте МКБ, т. к. предполагается, что все ЗНО либо первичны (/3), либо вторичны (/6) в соответствии с той информацией, которая имеется в медицинской документации.

В подавляющем числе случаев данное правило работает, за исключением тех случаев, где классификацией

МКБ-10 предусмотрен собственный уникальный код. Например, лимфангиолейомиоматоз — редкое полисистемное заболевание, характеризующееся прогрессирующей кистозной деструкцией лёгочной ткани с поражением лимфатической системы и появлением опухолевых образований — имеет патоморфологический код 9174/1, однако имеет и собственный код МКБ-10 — J84.8 [5]. В связи с этим при кодировании заболевания важно трактовать не просто патоморфологический код, а в сочетании с оценкой характера и вида самого заболевания (новообразование, инфекционные, интерстициальные, иммуноопосредованные и т. д.). Соответственно, ориентируясь в пятой цифре патоморфологического кода, с высокой долей вероятности можно соотнести его с кодом диагноза согласно МКБ-10. Однако существуют противоречия при кодировании заключительного клинического и патологоанатомического диагноза. Так, эксперты настаивают, что новообразования неопределённого или неизвестного характера (D37–D48) не должны выбираться в качестве «основного состояния» в конце эпизода оказания медицинской помощи в статистике заболеваемости, а также в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности [3]. Приводятся ссылки, что диагноз должен быть верифицирован и уточнён. Однако в клинической практике онколога нередко случаются госпитализации, когда многократные попытки верификации опухоли не позволяют установить характер новообразования, и патоморфолог в своём заключении указывает код 8000/1 — новообразование неясного генеза или неясного злокачественного потенциала. Или другой пример — пациенты с агрессивным фиброматозом (патоморфологический код 8822/1 и код МКБ-10 — D48). Данное заболевание расценивается как новообразование пограничной степени злокачественности, и не каждая диагностированная десмоидная опухоль, конечно, подлежит удалению хирургическим путём. Но у симптомных пациентов с массовым эффектом и компрессией критических сосудов и нервных структур зачастую выполняется обширное хирургическое лечение с реконструктивным компонентом. Соответственно, мнение экспертов о невозможности применения диагнозов категорий D37–D48 в качестве заключительного клинического не сочетаются с реальной клинической практикой. Также можно оспорить и утверждение, что диагноз категории D37–D48 не может быть выбран в качестве первоначальной причины смерти в статистике смертности. Так, менингиома головного мозга неопределённой степени злокачественности (патоморфологический код 9530/1 и код МКБ-10 — D42.0) при несвоевременном оказании медицинской помощи может являться причиной дислокации структур головного мозга и, соответственно, смерти пациента.

Ещё одной выявленной ошибкой при кодировании заключительного клинического диагноза является гипердиагностика и злоупотребление врачами-онкологами клинико-диагностическим обоснованием при установлении диагноза. Что имеется в виду? Приведём в пример случай лечения гигантоклеточной опухоли костей. Согласно классификации МКБ-о-3 данная опухоль встречается в двух вариантах: 1) 9250/1 Гигантоклеточная опухоль кости, БДУ (D48.0); 2) 9250/3 Гигантоклеточная опухоль кости, злокачественная (C40.-, C41.-). Такое разделение связано с тем, что у всех мезенхимальных опухолей по сути отсутствует патоморфологическая категория «/2». И все пограничные опухоли костей, не имеющие признаков малигнизации, но отличные от доброкачественных, указываются в категории опухолей «неизвестного харак-

тера». Однако, несмотря на такой характер новообразования, пациентам с первым вариантом опухоли зачастую выполняются обширные хирургические вмешательства с эндопротезированием врачами-онкологами в условиях специализированного стационара и с применением высокотехнологичного оборудования. Однако код D48.0 не входит в перечень диагнозов, в связи с наличием которого пациенту может быть предложено лечение с использованием высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) согласно приложению I-III к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 г. и на плановый период 2025 и 2026 гг.¹ Поясним подробнее, о чём идёт речь. В указанном Постановлении Правительства приводятся модели пациентов в соответствии с профилем медицинской помощи и кодом МКБ-10. Для каждой модели пациентов указан перечень вариантов бесплатной ВМП, которое государство гарантирует своим гражданам. Однако, проанализировав разделы «онкология, травматология, хирургия», мы не нашли ни одного кода МКБ-10 «новообразования неопределённого или неизвестного характера». Соответственно, пациенты с данной категорией диагнозов лишены возможности получения ВМП. Чтобы обойти данную проблему и попытаться помочь пациенту, врачи искусственно придумывают обоснования в пользу трактовки подобного диагноза как злокачественного, хотя, по сути, он таковым не является. Хочется напомнить, что медицинская и социальная функции диагноза приоритетны по отношению к экономической и статистической. И недопустимо указание на наличие любого недостоверного диагноза или, наоборот, его усложнение, мотивируемое необходимостью подогнать его под стандартизованные формулировки, схемы или правила [1]. Проблема вовлечённости медицинского персонала в процесс оплаты случаев оказания медицинской помощи — не новая. С необходимостью выбора верного, но и в то же время «выгодного» кода диагноза при оплате законченного случая сталкивался любой лечащий врач, работая как в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), так и со случаями ВМП. И часто приходится слышать от врачебного персонала, что те требования, которые предъявляются врачами-методистами при проверке диагнозов, зачастую отличаются от требований ОМС или ВМП. Как так происходит? Одним из основных документов, регламентирующих учёт больных с ЗНО в Российской Федерации, является Приказ Минздрава России № 135 от 19.04.1999 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра», который является обязательным к исполнению для медицинских учреждений всех уровней и ведомств². Отдельно сделан акцент, что больные ЗНО подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в соответствующем территориальном онкологическом учреждении за исключением базально-клеточного рака. Также указан диапазон кодов диагнозов МКБ-10, подлежащих регистрации, — C00–C97 и D00–D09. Однако при детальном изучении инструкции по регистрации и ведению учёта больных выясняется, что код диагноза C97 (первично-множественные опухоли, ПМЗО) не используется для учёта, а при выявлении у больного ПМЗО каждое из них регистрируется как от-

¹ Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

² Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях».

Проблемы социально значимых заболеваний

Форма Федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»

Federal Statistical Observation Form No. 14 “Information on the activities of units of a medical institution providing medical care in inpatient settings”

Наименование болезни Name of the disease	№ строки Line number	Код по МКБ-10 ICD-10 Code	Выписано пациентов Patients discharged		
			всего total	по экстренным показаниям for emergency indications	доставленные скорой медицинской помощью transported by ambulance
Всего Total	1.0	A00–T98			
Инфекционные и паразитарные болезни Infectious and parasitic diseases	2.0	A00–B99			
Новообразования Neoplasms	3.0	C00–D48			
В том числе ЗНО Including malignant neoplasms	3.1	C00–C97			

дельный случай. И действительно, в ежегодном своде данных по работе онкологической службы страны [6] присутствует анализ заболеваемости в разрезе диагнозов С00–С96, D00–D09, а анализ новых случаев ПМЗО представлен отдельно — по наличию признака множественности заболеваний в медицинской карте пациента. Таким образом, программа канцер-регистра не использует код С97 для учёта заболеваемости. Однако и здесь есть противоречия с иными формами статистического учёта новообразований. Если мы говорим о статистике именно госпитальной заболеваемости, то источником информации для Формы № 14 (Сведения о деятельности подразделений организации, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара) является статистическая карта, которая формируется в конце каждого случая оказания медицинской помощи. Таблица 2000 формы 14 содержит перечень кодов МКБ-10, на основе которых организации предоставляют сведения о заключительных диагнозах выписанных пациентов. Информация в этой таблице должна соответствовать данным выписных эпикризов пациентов и собирается на основе только одного — заключительного клинического диагноза. Однако, если мы посмотрим на перечень кодов диагнозов, указанных в этой статистической форме (таблица), то увидим присутствие самостоятельного кода С97, требующего предоставления сведений по данному диагнозу.

Такая же ситуация и с формой № 14-ДС (Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения) [7]. Разбираясь в вопросе использования кода С97, мы обратились к первоисточнику информации — второму тому МКБ-10. В инструкции к данной классификации в разделе «4.2.7 Злокачественные новообразования» указано, что если множественные локализации опухоли находятся не в одной и той же системе и нет указаний о том, какая локализация является первичной, а какая вторичной, то случай кодируют как С97 — самостоятельных (первичных) множественных локализаций. А также приведены конкретные примеры: С97 Первично-множественные новообразования: рак желудка и рак молочной железы [8]. Таким образом, напрашивается вывод о разных подходах в кодировании при оформлении заключительного диагноза в выписном эпикризе при учёте случая С97 в госпитальном регистре и учёте заболеваемости по стране. Но немногочисленные эксперты, исследовавшие данный вопрос, придерживаются ещё более кардинального мнения. В методических рекомендациях Российского общества патологоанатомов,

посвящённых правилам кодирования ЗНО [1], указывается, что для кодирования первоначальной причины смерти в случаях ПМЗО (синхронных или метакронных), код С97 не используют. Вместо этого используют код наиболее тяжёлого новообразования на момент кодирования, или наиболее распространённого по стадии. А если невозможно определить приоритет, то отдают предпочтение новообразованию, по поводу которого проводилось лечение. Вторая опухоль указывается в диагнозе как коморбидное (конкурирующее или сочетанное) заболевание со своим кодом. Само понятие метакронное/синхронное ПМЗО указывается в диагнозе до рубрики «Основное заболевание». Отдельно указывается на частую ошибку врачей, когда они указывают вторую множественную опухоль в разделе «Сопутствующие заболевания». Таким образом, патологоанатомический диагноз ПМЗО, по мнению патологоанатомов, должен выглядеть следующим образом:

Первично-множественный метакронный рак:

Основное заболевание: Блюдцеобразный рак желудка в области тела (умеренно дифференцированная аденокарцинома — гистологически). Метастазы рака в перигастральные лимфатические узлы (pT3 pN1 pM0). С16.2.

Конкурирующее заболевание: Рак правой доли щитовидной железы (папиллярный рак — гистологически) с прорастанием в окружающие мягкие ткани. Метастазы рака в левую долю щитовидной железы, правые и левые шейные лимфатические узлы (pT4 pN1 pM0). Операция (вид, дата). С73.

Похожего мнения придерживаются и эксперты, занимающиеся вопросами статистического учёта заболеваемости [3]. Говоря об амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи, специалисты настаивают на неиспользовании рубрики С97 в статистике заболеваемости. В качестве основного состояния при обращении за медицинской помощью выбирается то состояние, по поводу которого пациент обратился, независимо от имеющихся ещё ЗНО. А по поводу госпитальной заболеваемости эксперты указывают на то, что, действительно, для статистического учёта ПМЗО предусмотрена рубрика С97. Несмотря на это, настаивают, что ПМЗО должны регистрироваться как отдельные новообразования. И поэтому рубрика С97 как в статистике заболеваемости, так и смертности не должна использоваться. Но обоснований данному заключению не приводится. Напомним, что в противовес данному выводу ежегодные федеральные формы статистического учёта продолжают содержать требования по предоставлению информации по коду С97,

а инструкция 2-го тома МКБ-10 содержит прямые указания по использованию данного кода у больных с ПМЗО. После неоднократных обсуждений с экспертами данной проблемы — так кому же и когда применять код С97? — негласно даются рекомендации кодировать данным кодом именно синхронные ПМЗО, в то время как для метастатических опухолей кодировать только то заболевание, по поводу которого оказывалась медицинская помощь. Но и данная позиция также не до конца обоснована. Напомним, что, помимо учёта заболеваний, каждый код МКБ-10 является основанием для оплаты данного случая оказания медицинской помощи. Ни в Программе государственных гарантий, ни в Тарифных соглашениях в системе ОМС мы не найдём кода С97 для оплаты медицинской помощи. Соответственно, оформляя в медицинской карте заключительный диагноз ПМЗО с кодом С97, мы не имеем возможность подать данный случай на оплату, или врач должен вносить в диагноз изменения, указывая дополнительные коды основного заболевания, чего не должно быть [1]. Поэтому поддержим мнение многих экспертов, что, несмотря на наличие в классификации кода С97, идёт постепенный отказ от его использования как на врачебном уровне, так и на страновом.

Вопрос оплаты случаев медицинской помощи зачастую заставляет врачей вносить изменения в коды и формулировки заключительного диагноза. Интересный пример можно привести со случаями оказания медицинской помощи беременной женщине с установленным диагнозом ЗНО. Согласно МКБ-10 законченный случай должен быть закодирован как О99.8 [1, 3] и иметь формулировку, например — рак правой молочной железы TNM, стадия на фоне беременности 28 нед; в процессе неoadьювантной химиотерапии. Однако, как и в случае с кодом С97, код О99.8 «Другие уточнённые болезни и состояния, осложняющие беременность, роды и послеродовый период» отсутствует в Тарифном соглашении ОМС и в Программе государственных гарантий. Поэтому врачи вынуждены кодировать данный случай как С50 и подавать его на оплату. Также, используя код О99.8, совершенно невозможно проанализировать структуру новообразований у беременных. Вероятно, с этим и связано то, что в официальном ежегодном своде данных по работе онкологической службы страны отсутствуют данные по коду О99.8, и все случаи учтены по принципу места возникновения [6]. Хотя, если рассматривать вопрос оплаты медицинской помощи по каналу ОМС, то стоит сказать, что Тарифное соглашение отдельно указывает на возможные различия между заключительным диагнозом в эпикризе пациента и кодом МКБ-10, поданным на оплату. Дело в том, что конкретная медицинская услуга, поданная на оплату в тарифном соглашении, привязана не к коду диагноза, а к топографическому МКБ. То есть, при выполнении хирургического удаления метастаза в лёгком у больного раком почки в эпикризе будет указано С64 (рак почки), а на оплату будет подана услуга с топографическим кодом С34 (новообразование лёгкого). Поэтому при проведении экспертизы выявленные различия между кодом диагноза в эпикризе и кодом, поданным на оплату, не являются основанием для применения взысканий. Но такие дополнения действуют только для оплаты случаев по ОМС, для иных источников финансирования подобные правила не предусмотрены.

Ещё одним интересным противоречием между фундаментальным пониманием патогенеза ЗНО со стороны врача-онколога и имеющимися трактовками в МКБ-10 является пример формулировки диагноза и кодирования

диссеминированного опухолевого процесса. В практике онколога, по сути, встречаются три типа диссеминированного процесса:

- 1-й тип — когда имеет место первичная опухоль и одновременно отдалённые метастазы;
- 2-й тип — когда ранее была первичная опухоль, её радикальное лечение и с течением времени появились отдалённые метастазы;
- 3-й тип — когда первичная опухоль не найдена, имеются сведения только о наличии единичных или множественных метастазов.

При первом и втором варианте врач-онколог лечит именно не отдалённые метастазы, а, по сути, диссеминированные проявления именно того первичного очага, неважно — удалён он или нет. И, соответственно, формулирует сам диагноз, определяясь с лечением, исходя из этой позиции. Например, *С50.4 рак правой молочной железы T4N3M0, IIIc стадии, комплексное лечение в 2022 г. Прогрессирование в июне 2023 г. — множественные метастазы в головной мозг*. Однако, если углубиться в требования классификации МКБ-10, то в случае (на примере той же молочной железы), когда изначально выявлена IV стадия заболевания и первичная опухоль не удалена, кодируют действительно как новообразование молочной железы (С50). А вот если в настоящий момент имеют место только метастазы в головной мозг, а первичная опухоль удалена ранее, то данному случаю должен быть присвоен код С79.3 — *вторичное новообразование головного мозга*. И более того, указывается, что сам диагноз должен быть сформулирован как *метастатический рак головного мозга* [8]. Если посмотреть ещё глубже, то выясняется, что в Перечне видов высокотехнологической помощи в разделе «нейрохирургия» присутствуют только две модели пациентов с ЗНО головного мозга: это больные с первичными или вторичными ЗНО, а именно только коды С70–С79.3. На наш взгляд, разделение единого диагноза на первичную опухоль и вторичные проявления с собственным кодом в реальной практике приводит к искажению реальной картины статистического перечня пациентов. Вернёмся к третьему варианту, когда первичная опухоль не найдена, а имеют место только метастазы, для которых исключено, что они являются первичной опухолью, врач-онколог трактует данную ситуацию как опухоли невыявленной первичной локализации. Клинические рекомендации по лечению данного заболевания [9] дают чёткое разъяснение данного понятия — заболевание, проявляющееся метастатическими опухолями, в то время как первичный очаг невозможно установить ни на основании анамнеза, ни по данным обследований. Обычно врач правильно выбирает рубрики кодов С76–С80, исходя из локализации опухоли. Вопросы всегда возникают с кодом С80 — кому и когда его применять? Приведённые примеры диагнозов с кодом С80 в инструкции МКБ-10 крайне сложно сопоставить с реальной клинической практикой. Так, пример № 26 инструкции предлагает присваивать код С80 пациенту с одинаковой морфологией новообразования желудка, лёгкого и молочной железы. Однако в повседневной практике, как правило, подобные ситуации являются проявлением либо ПМЗО, либо некачественно выполненным морфологическим исследованием.

Ещё одной особенностью новообразований без первичной локализации является то, что методическими рекомендациями запрещено в качестве первоначальной причины смерти выбирать диагнозы рубрик С76–С79, а использовать рубрику «Злокачественное новообразование

Проблемы социально значимых заболеваний

без уточнения локализации» (код С80), а метастазы записывают на строках а) и б) части 1 свидетельства [1]. Таким образом, опять в посмертном эпикризе код заключительного диагноза будет один, а патологоанатомического — другой.

Обсуждение

Неверная формулировка клинического диагноза является распространённой типичной проблемой, в том числе в онкологических клиниках. Структура выявленных ошибок при формировании диагноза в рамках данного исследования не противоречит данным иных проведённых исследований и подтверждает имеющуюся проблему [10]. Отсутствие утверждённых клинических рекомендаций по правилам формулировки и кодирования клинического диагноза, а также имеющиеся противоречия с правилами для патологоанатомического диагноза, только усугубляют данную проблему. Проведённый анализ нормативно-правовых актов, учётных документов и методических рекомендаций, посвящённых вопросу формирования заключительного клинического диагноза, показал наличие значимого числа неточностей и пробелов в вопросе тре-

бований в формулировке клинического диагноза в онкологии, а также отсутствие посылов к решению данного вопроса за последние 10 лет.

Ограничения исследования. Исследование имеет возрастные и нозологические ограничения, касаются населения с диагнозом рубрик C00–D48 в возрасте от 18 лет.

Заключение

Описанные нами примеры разных подходов к кодированию клинического и патологоанатомического диагнозов ставят под сомнение устоявшееся утверждение о единых правилах формирования этих двух диагнозов. Клиническая практика на примере онкологии доказывает наличие многих ситуаций, когда правила классификации МКБ-10 не применимы или идут в разрез с требованиями иных нормативных актов или учётных документов. Подобные разночтения в правилах кодирования и оформления диагноза негативно сказываются и на качестве формирования диагноза, запутывая врача. Данный вопрос остаётся весьма обширным и, несомненно, требует детальной проработки как на уровне экспертного сообщества, так и на законодательном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайратьянц О.В., Каниболоцкий А.А., Гришаков В.В. Методические рекомендации: Общие правила кодирования по МКБ-10, МКБ-0 и стадирования по TNM при формировании патологоанатомического диагноза и оформлении медицинского свидетельства о смерти. М.; 2022.
2. Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю. Вариативность формулирования клинических диагнозов и их кодирования по МКБ-Х в подразделениях различного профиля. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2021; (3): 88–95. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2021.03.013> <https://elibrary.ru/eavnig>
3. Вайсман Д.Ш. *Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача*. М.; 2022.
4. Фритц Э., Перси К. *Международная классификация болезней — онкология (МКБ-О)*. СПб.: Вопросы онкологии; 2017.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра. Доступно: <https://mkb-10.com/>
6. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадюв А.О., ред. *Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году*. М.; 2022. <https://elibrary.ru/uhettf>
7. *Формы федерального статистического наблюдения*. Доступно: <https://niioz.ru/statistika-i-analitika/operativnye-dannye-i-godovye-otchyety/formy-federalnogo-statisticheskogo-nablyudeniya/>
8. ВОЗ. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр. Том 2. Сборник инструкций; 1995.
9. Опухоли невыявленной первичной локализации: Клинические рекомендации. М.; 2021.
10. Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю., Агамов З.Х. Совершенствование кодирования заболеваемости и смертности в системе Министерства внутренних дел Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(4): 529–34. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-4-529-534> <https://elibrary.ru/uyoohu>

REFERENCES

1. Zairatyants O.V., Kanibolotskii A.A., Grishakov V.V. Methodological recommendations: General rules for coding according to ICD-10, ICD-0 and staging according to TNM when forming a pathological diagnosis and processing a medical death certificate. Moscow; 2022. (in Russian)
2. Berseneva E.A., Mikhailov D.Y. Variability of formulating clinical diagnoses and their coding by ICD-X in divisions of different profile. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko*. 2021; (3): 88–95. <https://doi.org/10.25742/NRIPH.2021.03.013> <https://elibrary.ru/eavnig> (in Russian)
3. Vaisman D.Sh. *Guide to the Use of the International Classification of Diseases in Medical Practice [Rukovodstvo po ispol'zovaniyu Mezhdunarodnoi klassifikatsii boleznei v praktike vracha]*. Moscow; 2022. (in Russian)
4. Fritts E., Persi K. *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei — onkologiya (МКБ-О)]*. St. Petersburg: Voprosy onkologii; 2017. (in Russian)
5. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Available at: <https://mkb-10.com/> (in Russian)
6. Kaprin A.D., Starinskii V.V., Shakhzadovf A.O., eds. *State of Cancer Care for the Population of RUSSIA in 2022 [Sostoyaniye onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossii v 2022 godu]*. Moscow; 2022. <https://elibrary.ru/uhettf> (in Russian)
7. Forms of federal statistical observation. Available at: <https://niioz.ru/statistika-i-analitika/operativnye-dannye-i-godovye-otchyety/formy-federalnogo-statisticheskogo-nablyudeniya/> (in Russian)
8. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Volume 2. Instruction manual; 1995. (in Russian)
9. Tumors of unknown primary site: Clinical guidelines. Moscow; 2021. (in Russian)
10. Berseneva E.A., Mikhailov D.Yu., Agamov Z.Kh. The development of internal affairs of Russia. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020; 28(4): 529–34. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-4-529-534> <https://elibrary.ru/uyoohu> (in Russian)

Информация об авторах

Ворошилова Екатерина Александровна, канд. мед. наук, зам. гл. врача, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115522, Москва, Россия. E-mail: e.voroshilova@ronc.ru

Шекелашвили Анна Ивановна, врач-методист организационно-методического отдела, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115522, Москва, Россия. E-mail: a.shekelashvili@ronc.ru

Ерошин Юрий Владимирович, врач-патологоанатом патологоанатомического отделения, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115522, Москва, Россия. E-mail: ju.eroshin@ronc.ru

Information about the authors

Ekaterina A. Voroshilova, PhD (Medicine), Deputy N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, 115522, Russian Federation, <https://orcid.org/0009-0004-3396-4575> E-mail: e.voroshilova@ronc.ru

Anna I. Shekelashvili, physician-methodologist, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, 115522, Russian Federation, <https://orcid.org/0009-0001-3597-2809> E-mail: a.shekelashvili@ronc.ru

Yuriy V. Eroshin, pathologist, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, 115522, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-6557-3868> E-mail: ju.eroshin@ronc.ru