МКХ-10-АМ

Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я
Десятий перегляд, Австралійська модифікація

ТАБЛИЧНИЙ ПЕРЕЛІК

Десяте видання
1 липня 2017 р.

НУКЦПМУ
Незалежне управління по контролю цінової політики медичних установ

МІЖНАРОДНА СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ ТА СПОРІДНЕНИХ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕСЯТИЙ ПЕРЕГЛЯД, АВСТРАЛІЙСЬКА МОДИФІКАЦІЯ

МКХ-10-АМ

ТАБЛИЧНИЙ ПЕРЕЛІК ХВОРОБ

1 липня 2017 р.

Австралійський консорціум з розробки класифікації (ACCD)

Партнери Австралійського консорціуму з розробки класифікації (ACCD)

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ В УНІВЕРСИТЕТІ СІДНЕЯ

УНІВЕРСИТЕТ ЗАХІДНОГО СІДНЕЯ

КПМГ

© Авторське право належить Незалежному управлінню по контролю цінової політики медичних установ 2017 року, десяте видання

Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятий перегляд, Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ) - Табличний перелік

МКХ-10-АМ основана на *Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятий перегляд* (МКХ-10) Видання 2010 р. © Всесвітня організація охорони здоров'я. Усі права захищені. Модифікована з дозволу на прохання Уряду Австралії, де містяться позначки✪.

Дана публікація доступна для користування згідно з ліцензією Creative Commons «Із зазначенням авторства» версії 3.0 в Австралії, за винятком логотипу , фотографій, зображень, підписів та іншого, що стосується Незалежного управління по контролю цінової політики медичних установ. З повними умовами ліцензії можна ознайомитися на веб-сайті Creative Commons

Використання матеріалів Незалежного управління по контролю цінової політики медичних установ згідно з ліцензією Creative Commons «Із зазначенням авторства» версії 3.0 в Австралії надає Вам додаткову інформацію (але не передбачає, що Незалежне управління по контролю цінової політики медичних установ підтримує Вас або Ваші результати діяльності).

Матеріали Незалежного управління по контролю цінової політики медичних установ представлено "в тому вигляді, в якому вони були подані".

Якщо Ви не змінювали та не редагували матеріали Незалежного управління по контролю цінової політики медичних установ, будь-яким чином, включаючи, наприклад, зміну тексту Незалежного управління по контролю цінової політики медичних установ - тоді Незалежне управління по контролю цінової політики медичних установ висуває наступне встановлення авторства:

Джерело: Незалежне управління по контролю цінової політики медичних установ

Опубліковано Незалежним управлінням по контролю цінової політики медичних установ (НУКЦПМУ).

Надруковано Австралійським консорціумом з розробки класифікації (ACCD).

Тиражовано та розповсюджено компанією Lane Print & Post

Незважаючи на те, що були вжиті усі можливі заходи для гарантування точності інформації у цьому виданні, Національний центр типології діагностично-споріднених груп та класифікації та його співробітники не надають жодних гарантій, що представлена у цьому виданні інформація не має помилок, та не несуть відповідальність за результати або наслідки використання цього видання.

(enquiries.ihpa@ihpa.gov.au).

Адреса для кореспонденції:

НЕЗАЛЕЖНЕ УПРАВЛІННЯ ПО КОНТРОЛЮ ЦІНОВОЇ ПОЛІТИКИ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ
Абонементна скринька 483,
Район Дарлінгхерст, Новий Південний Уельс, 1300
Австралія

Продаж може здійснювати Національний центр типології діагностично-споріднених груп та класифікації.

Каталогізація публікацій

Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятий перегляд, Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ), *Австралійський класифікатор медичних інтервенцій* (АКМІ) та *Австралійські стандарти кодування* (АСК) – МКХ-10-АМ/АКМІ/АСК

Автор/Редактор: Австралійський консорціум з розробки класифікації (ACCD)
Видавець Незалежне управління по контролю цінової політики медичних установ
Рік видання: 2017 (Десяте видання)
Формат: Книжка
Каталог, Зміст

Каталог, Зміст

ISBN 978-1-76007-296-4 Табличний перелік хвороб МКХ-10-АМ
ISBN 978-1-76007-297-1 Алфавітний покажчик хвороб МКХ-10-АМ
ISBN 978-1-76007-298-8 Табличний перелік медичних інтервенцій АКМІ
ISBN 978-1-76007-299-5 Алфавітний покажчик медичних інтервенцій АКМІ
ISBN 978-1-76007-300-8 Австралійські стандарти кодування
ISBN 978-1-76007-301-5 Набір усіх 5 друкованих томів МКХ-10-АМ/АКМІ/АСК

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА **vii**
ПОДЯКА **vii**

ВСТУП **xii**
Розробка МКХ-10 xii
Оновлення xiv
Розробка МКХ-10-АМ, АКМІ та АСК xiv

Умовні знаки, використані у Табличному переліку хвороб **xvii**

Інструкція з використання МКХ-10-АМ **xxix**

Звіт Міжнародної Конференції щодо Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб **xxx**

ПЕРЕЛІК ТРИЗНАЧНИХ РУБРИК **1a**

ТАБЛИЧНИЙ ПЕРЕЛІК ХВОРОБ
1. Деякі інфекційні та паразитарні хвороби 2a
2. Новоутворення 46a
3. Хвороби крові та кровотворних органів, та окремі порушення з залученням імунного механізму 123
4. Ендокрині хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин 139
5. Розлади психіки та поведінки 191
6. Хвороби нервової системи 245
7. Хвороби ока та придаткового апарата 277
8. Хвороби вуха та соскоподібного відростка 301
9. Хвороби системи кровообігу 311
10. Хвороби органів дихання 348
11. Хвороби органів травлення 375
12. Хвороби шкіри та підшкірної клітковини 418
13. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини 447
14. Хвороби сечостатевої системи 494
15. Вагітність, пологи та післяпологовий період 528
16. Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді 565
17. Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії 593
18. Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках 667
19. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин 699
20. Зовнішні причини захворюваності та смертності 827
21. Фактори, що впливають на стан здоров’я населення та звернення до закладів охорони здоров’я 967
22. Коди для спеціальних цілей 1016

Додаток A: Морфологія новоутворень **1019**

Додаток B: Спеціальні переліки для статистичної розробки даних про смертність і захворюваність **1090**
Додаток C: Неприйнятні коди основного діагнозу **1110**

Додаток D: Класифікація внутрішньолікарняних діагнозів (CHADx) **1128**

ПЕРЕДМОВА

МКХ-10-АМ - це *Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятий перегляд, Австралійська модифікація.*

Десяте видання МКХ-10-АМ замінює дев'яте видання (2015). Десяте видання МКХ-10-АМ розроблено Австралійським консорціумом з розробки класифікації (ACCD) з урахуванням рекомендацій ACCD та технічної групи ICD. Технічна група Міжнародної класифікації хвороб (ICD) (ITG) та клінічна консультативна група з класифікацій (CCAG) спільно з різними лікарями-фахівцями. Ці групи представлені експертними клінічними кодувальниками з кожного штату/території та приватних лікарень, клініцистами, Австралійським інститутом охорони здоров'я та соціального забезпечення (AIHW), Австралійським державним департаментом: Охорона здоров'я, Австралійська комісія з питань безпеки та якості в галузі охорони здоров'я, Національний комітет з інформаційних стандартів та статистики в галузі охорони здоров'я, Незалежне управління по контролю цінової політики медичних установ (НУКЦПМУ).

Австралійський консорціум з розробки класифікації (ACCD) очолюється Національним центром класифікації хвороб в Університеті Сіднея у співпраці з Університетом Західного Сіднея (WSU) та КПМГ . ACCD уклала договір з НУКЦПМУ щодо розвитку системи класифікації австралійських груп уточненої діагностики (AR-DRG) та класифікатора австралійських груп уточненої діагностики (AR-DRG). Система складається з двох частин:

- *Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятий перегляд, Австралійська модифікація* (МКХ-10-АМ), *Австралійський класифікатор медичних інтервенцій* (АКМІ)*, Австралійські стандарти кодування* (АСК), відомі під загальною назвою МКХ-10 АМ /АКМІ / АСК5 та
- Класифікатор австралійських груп уточненої діагностики (AR-DRG)

Розширення, тлумачення, внесення змін, доповнень або виправлень в МКХ-10-АМ окрім тих, які затверджені ACCD, не повинні вважатися офіційними і не повинні використовуватися.

ACCD пропонує громадськості надавати інформацію для внесення змін до МКХ-10-АМ / АКМІ / АСК через свій веб-сайт (www.accd.net.au). Основні цілі процесу подання інформації від громадськості полягають у забезпеченні того, щоб МКБ-10-АМ задовольняла потреби користувачів у всій системі охорони здоров'я і залишалася змістовною та значущою класифікацією. Пропоновані зміни розглядаються з урахуванням розширених рекомендацій та пропозицій відповідних користувачів.

У цьому документі міститься десяте видання табличного переліку МКХ-10-АМ.

ПОДЯКА

МКХ-10

Періодичні перегляди МКХ, починаючи з Шостого перегляду в 1948 році, координуються Всесвітньою організацією охорони здоров’я. З ростом застосування цієї класифікації, відповідно, зросло бажання її користувачів долучатись до процесу її перегляду. Десятий перегляд є результатом широкомасштабних міжнародних заходів, взаємодії та компромісів, і ВООЗ висловлює подяку групам міжнародних та національних спеціалістів, а також окремим особам у багатьох країнах за вклад у цей процес.

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) дякує за важливий технічний внесок Центру співробітництва ВООЗ щодо сімейства міжнародних класифікацій, що знаходиться в Німецькому інституті медичної документації та інформації (DIMDI) у Кельні, Німеччина, особливо за внесок доктора Міхаеля Шопена [Dr. Michael Schopen].

МКХ-10-АМ

Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятий перегляд, Австралійську модифікацію (МКХ-10-АМ) десятого видання було розроблено Австралійським консорціумом з розробки класифікації (ACCD).

Допомогу та підтримку в підготовці десятого видання табличного переліку МКХ-10-АМ та алфавітного покажчика для ACCD було надано Незалежним управлінням по контролю цінової політики медичних установ (НУКЦПМУ)

Австралійській консорціум з розробки класифікації (ACCD) також визнає клінічні та технічні консультації, надані членами технічної групи (ITG), клінічної консультативної групи з класифікацій (CCAG) і практикуючими клінічними кодувальниками та клініцистами, які доповнюють ці групи.

Менеджмент групи і системи та адміністративний персонал ACCD також відзначені за їх значний внесок.

Персонал ACCD

Керуючий директор

Віра Дімітропулос [Vera Dimitropoulos]
Виконавчий директор з розробки класифікації

Анупама Гініге [Anupama Ginige]
Керівник відділу інформаційних та комунікаційних технологій

Азула Гініге [Athula Ginige]
Співкерівник відділу інформаційних та комунікаційних технологій

Річард Медден [Richard Madden]
Директор

Джон Пілла [John Pilla]
Спеціаліст програми уточнення системи AR-DRG
Джонатан Тапсон [Jonathan Tapson]
Співкерівник відділу інформаційних та комунікаційних технологій

з розробки класифікації
Сьюзан Клессен [Susan Claessen]
Спеціаліст з класифікації

Енн Елсуорсі [Anne Elsworthy]
Керівник служби підтримки класифікації

Ян Гуо [Yan Guo]
Спеціаліст з класифікації

Філіп Хойл [Philip Hoyle]
Головний клінічний консультант

Джулія Ліхі [Julia Leahy]
Спеціаліст з класифікації

Керол Логгі [Carol Loggie]
Координатор розвитку системи AR-DRG

Рік Маршалл [Ric Marshall]
Спеціаліст з уточнення AR-DRG програми

Карін Мей [Karyn May]
Спеціаліст з класифікації

Стюарт МакАлістер [Stuart McAlister]
Експерт системи AR-DRG

Майкл Невекатікян [Michael Navakatikyan]
Науковий співробітник

Патриція Ніколау [Patricia Nicolaou]
Спеціаліст з класифікації

Марі О'салліван [Maree O'Sullivan]
Науковий співробітник

Філіп Претті [Filippa Pretty]
Спеціаліст з класифікації

Ніколь Ренкін [Nicole Rankin]
Спеціаліст з класифікації

Лвін Марла Тун [Lwin Marla Tun]
Спеціаліст з класифікації

Пітер Тайлер [Peter Tyler]
Спеціаліст з уточнення AR-DRG програми

Ціншен Чжоу [Qingsheng Zhou]
Старший науковий співробітник

відділу інформаційних та комунікаційних технологій та адміністративного забезпечення
Родні Бернард [Rodney Bernard]
Спеціаліст видавничої діяльності в галузі охорони здоров'я

Кріс Буламатіс [Chris Boulamatsis]
Спеціаліст відділу інформаційних та комунікаційних технологій

Гуан Хуей Ден [Guang Hui Deng]
Спеціаліст системи інформаційних та комунікаційних технологій

Дана Хіггінс [Dana Higgins]
Співробітник з адміністративних питань

Вайнел Котегірі [Vineel Kotagiri]
Помічник програміста-аналітика

Ірнельда Ноті [Irnelda Noti]
Координатор управління

Айрон О'Доннелл [Aaron O’Donnell]
Помічник програміста-аналітика

Роберт Сміт [Robert Smith]
Помічник програміста-аналітика

Майкл Трен [Michael Tran]
Помічник програміста-аналітика

ВСТУП

РОЗРОБКА МКХ-10

Класифікація хвороб може бути визначена як система рубрик, до яких включено окремі патологічні стани згідно з певними встановленими критеріями. Патологічні стани / синдроми не завжди чітко визначені в назві коду; ті, що мають важливе значення для здоров'я або ті, які часто зустрічаються, зазвичай мають свою власну категорію. В іншому випадку категорії присвоюються окремим групам, але зі спорідненими патологічними станами. Отже, існують нез'ясовані категорії патологічних станів, які не належать до більш специфічних категорій. Саме цей елемент угруповання відрізняє статистичну класифікацію від номенклатури, яка повинна мати окрему назву для кожного відомого патологічного стану. Проте поняття класифікації та номенклатури тісно взаємопов'язані, оскільки номенклатура також часто є послідовно впорядкованою.

Існує багато можливих осей класифікації, і обраний варіант буде залежати від використання статистики, яка буде складена. Статистична класифікація захворювань повинна охоплювати весь спектр патологічних станів в межах певної кількості категорій.

Основні діагностичні описи, загальні для ряду категорій або для всіх підкатегорій у категорії з трьома символами, можна знайти у примітках під заголовком «Включено», відразу після назви розділу, блоку або категорії.
У рубриках з трьома або чотирма символами зазвичай перераховується ряд інших діагностичних концепцій.
Вони відомі, як «включені поняття» та наведені, на додачу до заголовку рубрики, як приклади клінічних проявів, що класифікуються за цією рубрикою. Вони можуть стосуватися різних патологічних станів або бути синонімами. Вони не є підкласифікацією такої рубрики.
«Включені поняття» як правило, тлумачать зміст рубрик. Багато перерахованих позицій є важливими або загальними поняттями, які відносяться до відповідної рубрики. Інші - це граничні стани або локалізації, які перераховані для того, щоб провести розмежування між підкатегоріями. Переліки «включених понять» не є вичерпними, а альтернативні назви діагностичних факторів включені до Алфавітного покажчика, до якого необхідно звертатися в першу чергу, кодуючи певний клінічний прояв.
Іноді необхідно читати «включені поняття» разом з заголовками рубрик. Це, як правило, відбувається, коли «включені поняття» являють собою перелік локалізацій або лікарських засобів, що дозволяють зрозуміти відповідні слова з заголовка (наприклад, «злоякісне новоутворення (чого) …», «травма (чого) …», «отруєння (чим) …»).
МКХ використовує ряд спеціальних умовних знаки, наприклад, звичайні дужки, квадратні дужки, двокрапки, фігурні дужки, абревіатури: NOS (БДВ) і NEC (не класифіковані в інших рубриках) та слово «і» в заголовках рубрик.

Спеціальні умовні знаки повинні бути зрозумілі як клінічними кодувальникам, так і тими, хто бажає інтерпретувати статистичні дані на основі МКХ (див. Умовні знаки).

Десятий перегляд *Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я,* є останнім у серії, яка була започаткована у 1893 році як Класифікація Бертильоні або Міжнародний перелік причин смерті. Повний історичний огляд класифікації викладено у Томі 2 МКХ-10. У той час як назва зазнавала змін з метою уточнення змісту та цілі й для відображення постійного розширення сфери класифікації за межі хвороб та пошкоджень, знайома абревіатура «МКХ» залишалась. В оновленій класифікації стани згруповані таким чином, щоб бути найбільш прийнятними для загальної епідеміологічної мети та оцінки медико-санітарної допомоги.

Робота над Десятим переглядом МКХ розпочалась у вересні 1983 року, коли у Женеві відбулась Підготовча нарада щодо МКХ-10. Програма роботи ґрунтувалась на проведенні регулярних нарад керівників Центрів співробітництва ВООЗ з питань класифікації хвороб. Політичне керівництво забезпечувалось шляхом проведення в 1984 та 1987 роках кількох спеціальних нарад, включаючи нараду Експертного комітету з Міжнародної класифікації хвороб - Десятий перегляд.

Окрім технічного вкладу багатьох груп спеціалістів та індивідуальних експертів, було одержано велику кількість коментарів і пропозицій від держав-членів ВООЗ та регіональних відділів, які були сформовані в 1984 та 1986 роках внаслідок обробки проектних пропозицій щодо перегляду в усьому світі. З одержаних коментарів стало зрозуміло, що багато користувачів бажають, щоб МКХ містила не тільки «діагностичну інформацію» (у самому широкому розумінні цього поняття), але й інші види даних. Для задоволення різноманітних потреб користувачів було створено поняття «сімейство» класифікацій, які ґрунтуються на традиційній МКХ зі звичною формою й структурою. Таким чином, сама МКХ може задовольнити потребу в діагностичній інформації для загальних цілей, а інші різноманітні класифікації можуть використовуватись разом із нею і відображати різні підходи до тієї самої інформації або іншу інформацію (особливо ту, що стосується медичних або хірургічних процедур та експертизи непрацездатності).

Відповідно до пропозицій щодо удосконалення Дев'ятого перегляду класифікації, про те, що інша основна структура має краще задовольняти вимоги багатьох різних користувачів, було проведено оцінку декількох альтернативних моделей. Однак виявилось, що традиційна модель класифікації, яка являє собою вісь з однією перемінною, та інші аспекти її структури, що відводили особливу роль станам, які часто зустрічаються або в іншому відношенні важливі для охорони здоров'я, та які вимагають значних фінансових витрат, витримали перевірку часом, і що багатьох користувачів класифікації не зможе задовольнити будь-яка запропонована модель. Таким чином, при вивченні МКХ Десятого перегляду можна побачити, що традиційна структура МКХ збережена, але введено алфавітно-цифрову систему кодування, яка замінила попередню цифрову. Це дозволяє розширити межі класифікації й проводити подальший її перегляд без зміни системи нумерації, що відбувалось при попередніх переглядах.

З метою оптимального використання ємності класифікації деякі порушення імунного механізму включено до хвороб крові та кровотворних органів (клас 3). Створено нові класи для хвороб ока та його придаткового апарата, а також для хвороб вуха та соскоподібного відростка. Попередні додаткові класифікації зовнішніх причин і факторів, що впливають на стан здоров'я та частоту звернень до установ охорони здоров'я, наразі складають частину основної класифікації.

Система кодування зі знаком «хрестик» і «зірочка», використовувана у подвійній класифікації деяких діагностичних станів, яка була введена у Дев'ятому перегляді, збережена і розширена, при цьому вісь зі знаком «зірочка» міститься в однорідних рубриках на тризначному рівні.

Зміст трьох томів МКХ-10

Примітка: Наступні номери томів стосуються лише МКХ-10 ВООЗ.

Подання класифікації змінено, і зараз вона складається з трьох томів:

Том 1. Повний перелік таблиць. Містить повідомлення про Міжнародну конференцію з питань, що стосуються Десятого перегляду, власне класифікацію на рівні три- і чотиризначних рубрик, класифікацію морфології новоутворень, спеціальні табличні переліки відносно смертності та захворюваності, визначення та положення про номенклатуру.

Том 2. Інструктивний посібник. Об'єднує в собі нотатки щодо сертифікації та класифікації, які раніше входили до тому 1, з великою кількістю нових базових та інструктивних матеріалів, а

також посібник з користування томом 1, табличними переліками та з планування для користування МКХ, яких бракувало попереднім переглядам. Цей том також містить історичні матеріали, які раніше наводились у вступній частині до тому 1.

Том 3. Алфавітний покажчик. Містить власне покажчик, зі вступом та розширеними інструкціями щодо користування ним.

* * *

Класифікація схвалена на Міжнародній конференції з питань, що стосуються Десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб, у 1989 році прийнята Сорок третьою сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я за такою резолюцією:

Сорок третя сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, розглянувши доповідь Міжнародної конференції з питань, що стосуються Десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб:

1. ПРИЙМАЄ наступні положення, рекомендовані Конференцією:
   (1) докладний перелік тризначних рубрик і додаткових чотиризначних підрубрик, з коротким табличним переліком причин смертності й захворюваності, які входять до Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я, що вступає в силу з 1 січня 1993 року;
   (2) визначення, стандарти та вимоги до звітів про материнську, внутрішньоутробну, перинатальну, неонатальну та дитячу смертність;
   (3) правила та інструкції для кодування основних причин смертності та основного чинника захворюваності;

2. ПРОХАЄ Генерального директора видати друком *Посібник з Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я*.

3. СХВАЛЮЄ рекомендації Конференції стосовно:
   (1) концепції та впровадження «сімейства» класифікацій хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я, що включені до *Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я*, яка є основою класифікації, та доповнюється низкою пов’язаних з нею та додаткових класифікацій, а також Міжнародною номенклатурою хвороб;
   (2) створення процедури оновлення в межах десятирічного циклу перегляду.

ОНОВЛЕННЯ

Офіційні оновлення опублікованих томів МКХ-10 доступні у вигляді щорічних переліків змін на веб-сайті ВООЗ у розділі класифікацій (www.who.int/classifications). Оновлення схвалюються щорічно на нарадах керівників Центрів співробітництва ВООЗ щодо Сімейства класифікації хвороб. Такі переліки вказують на джерела рекомендацій та дати набуття ними чинності. Дата схвалення вказана для всіх змін, окрім коригувального листа .

РОЗРОБКА МКХ-10-АМ, АКМІ ТА АСК

Австралійську модифікацію *Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятого перегляду* (МКХ-10) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та розробку супровідної Австралійської класифікації процедур було одностайно схвалено Консультативною радою Міністра охорони здоров'я Австралії (AHMAC) у якості Австралійського стандарту кодування захворювань при наданні медичних послуг, що набрав чинності 1 липня 1998 року.

У 2010 році Австралійський Департамент охорони здоров'я та старіння (DoHA) уклав з Національним центром типології діагностично-споріднених груп та класифікації (NCCC), Австралійським науково-дослідним інститутом медичних послуг (AHSRI), Університетом Вуллонгонга договори про розробку та доповнення *Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, Десятого перегляду, Австралійської модифікації* (МКХ-10-АМ)*, Австралійського класифікатора медичних інтервенцій* (АКМІ) та *Австралійських стандартів кодування* (АСК). Спершу проектом МКХ-10-АМ/АКМІ/АСК за договором з DoHA займався Національний центр класифікації в охороні здоров'я (NCCH) при Університеті Сіднея.

МКХ-10-АМ - це Австралійська модифікація публікації хвороб МКХ-10 ВООЗ для використання в Австралійській клінічній практиці. Для забезпечення міжнародної сумісності підтримувались тісні зв'язки з ВООЗ.

АКМІ - це *Австралійський класифікатор медичних інтервенцій,* складений на основі Каталогу виплат в системі медичного страхування (MBS) для використання в клінічній практиці Австралії.

Австралійські стандарти кодування - це національні стандарти, якими завідує NCCC, для кодування клінічних даних з використанням МКХ-10-АМ та АКМІ.

Анотація змісту

Табличний перелік хвороб МКХ-10-АМ. Табличний перелік хвороб містить власне класифікацію хвороб на рівні три-, чотири- та п'ятизначних рубрик. Включено перелік тризначних рубрик та чотири додатки:

Додаток A	Морфологія новоутворень
Додаток B	Спеціальні переліки для статистичної розробки даних про смертність і захворюваність
Додаток C	Неприйнятні коди основних хвороб
Додаток D	Класифікація внутрішньолікарняних хвороб (CHADx)

Алфавітний покажчик хвороб МКХ-10-АМ. Алфавітний покажчик хвороб використовується для пошуку діагностичних понять, які підлягають кодуванню. Алфавітний покажчик містить багато діагностичних понять, які не зустрічаються в Табличному переліку.

Табличний перелік інтервенцій АКМІ. Табличний перелік інтервенцій містить власне класифікацію процедур. Включено такі додатки:

Додаток А Таблиця відповідностей

Додаток В Коди АКМІ в числовому порядку

Додаток С Таблиця відповідностей дентальних понять MBS

Алфавітний покажчик інтервенцій АКМІ. Алфавітний покажчик інтервенцій використовується для пошуку понять процедур, які підлягають кодуванню. Алфавітний покажчик інтервенцій містить багато понять процедур, які не зустрічаються в Табличному переліку.

Австралійські стандарти кодування. *Австралійські стандарти кодування* містять національні стандарти, якими завідує NCCC, що надає інструкції з застосування кодів МКХ-10-АМ та АКМІ.

Класифікація хвороб МКХ-10-АМ

При розробці МКХ-10-АМ застосовувався ряд принципів класифікації:

- не вносилось жодних змін до структури МКХ-10 ВООЗ
- значення кодів тризначних та чотиризначних рубрик залишені незмінними, однак додано ясності в кількох місцях
- зміни відповідали існуючим кодам та конвенціям МКХ-10 ВООЗ
- збережено можливість порівнювати дані за різний час.

Завдяки цьому МКХ-10-АМ сумісна зі своєю материнською системою, МКХ-10 ВООЗ, таким чином вона задовольняє потребу в можливості порівняння статистичних даних щодо захворюваності та смертності на міжнародному рівні.

Формат МКХ-10-АМ значною мірою відповідає формату МКХ-10 ВООЗ, за винятком правил правопису. Правила правопису МКХ-10-АМ відповідають 4-му виданню словника Маккуорі (2005 року) згідно з рекомендаціями *Стилістичного довідника* Уряду Австралії.

Суттєві відмінності МКХ-10-АМ від МКХ-9-КМ у кодуванні хвороб пов'язані з МКХ-10 ВООЗ. У скороченому вигляді вони наведені нижче:

- зміна назви
- алфавітно-цифрова схема кодування
- чотири нові класи
- зміна розміщення хвороб та станів
- введення символів «хрестика» та «зірочки»
- діабет
- зміни у класах 16 та 17, пов'язані з класифікацією Королівського коледжу педіатрії та здоров'я дитини
- використання наслідків замість віддалених наслідків
- зміна підходу до класифікації нещасних випадків за участю наземного транспорту
- зміна підходу до класифікації травм
- структурні зміни в кодах зовнішніх причин
- відсутні п'ятизначні коди, пов'язані з акушерством
- додані морфологічні коди МКХ-О-3

Алфавітний покажчик хвороб МКХ-10-АМ відповідає Австралійським правилам правопису. Покажчик хвороб МКХ-10 ВООЗ було розширено при розробці видань МКХ-10-АМ шляхом доповнення кодів хвороб. Проте, клінічні кодувальники повинні все ще використовувати табличний перелік для ознайомлення з *включенням* - *виключенням* та іншими вказівками, та іншими *інструктивними* примітками для того, щоб присвоїти правильний код. Перегляд Табличного переліку також є найкращим способом ознайомлення зі структурою класифікації. Алфавітний індекс МКХ-10-АМ і табличний перелік призначені для спільного використання. Табличний перегляд без використання індексу не рекомендується.

УМОВНІ ЗНАКИ, ВИКОРИСТАНІ У ТАБЛИЧНОМУ ПЕРЕЛІКУ ХВОРОБ

БАГАТОФАКТОРНЕ КОДУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ
В Австралії для забезпечення необхідної специфічності для повного опису лікування використовується багатофакторне кодування патологічних станів (що означає, що епізодові лікування може бути призначено кілька станів). Це не означає, що для опису одного патологічного стану використовується кілька кодів (якщо не зазначено інше).

Для правильної класифікації патологічних станів немає необхідності зазначення їх в назві коду або в примітці «Включено». **Не присвоюйте додатковий код для подальшої класифікації патологічного стану, якщо це не зазначено в примітці до інструкцій в Табличному переліку або в Австралійському стандарті кодування.**

Якщо, дотримуватися Алфавітного покажчика, **присвоюється залишковий код** (тобто «інший» або «неуточнений»), **не присвоюйте додатковий код для подальшої класифікації патологічного стану, якщо це не зазначено в примітці до інструкцій в Табличному переліку або в Австралійському стандарті кодування.**

ПРИКЛАД 1:

Діагноз: Інвагінація апендикса
Покажчик: Інвагінація (тонкої кишки) (ободової кишки) (товстої кишки) (прямої кишки) K56.1
- апендикс K38.8
- вроджений Q43.89
- сечовід (з обструкцією) N13.5
Присвоєння: K38.8 Інші специфічні хвороби пов'язані з апендиксом

Якщо під час класифікації патологічного стану з першопричиною, з Алфавітним покажчиком (див. Приклад 2) або з приміткою «Виключено» (див. Приклад 18), при призначенні коду для одного з клінічних проявів, який не був призначений, дотримуйтесь вказівок в АСК 0001. Основний діагноз / порушення та первинне захворювання (те захворювання, яке стало причиною основного захворювання) та присвоюйте коди як основному діагнозу, так і первинному захворюванню.

ПРИКЛАД 2:

Діагноз: Виразка нижньої кінцівки, спричинена венозною недостатністю
Покажчик: Виразка
- - нижня кінцівка .. .L97.9
-- венозна
- - - внаслідок венозної недостатності I87.2
Присвоєння: L97.9 Виразка нижньої кінцівки, неуточнена
I87.2 Венозна недостатність (хронічна)(периферична)

У Табличному переліку МКХ-10-АМ використано ряд спеціальних умовних знаків, які повинні розуміти клінічні кодувальники та ті, хто займається тлумаченням статистичних даних відповідно до кодів МКХ-10-АМ.

УМОВНИЙ ЗНАК ЕТІОЛОГІЇ ТА ПРОЯВІВ (СИСТЕМА ПОДВІЙНОГО КОДУВАННЯ («ХРЕСТИК І ЗІРОЧКА»))

Коди етіології (першопричини) позначаються «хрестиком» (†), а коди проявів позначаються «зірочкою» (*).

Якщо стан, класифікований з використанням системи подвійного кодування («хрестик» і «зірочка»), класифікується як основний діагноз, дотримуйтесь інструкцій у АСК 0001 *Основний діагноз* для встановлення наслідків. Якщо необхідно зазначити морфологічний код, ставте морфологічний код після коду новоутворення (C00-D48) (див. також АСК 0233 *Морфологія*).

ПРИКЛАД 3:
Перелом стегнової кістки через метастази в кістках від аденокарциноми передміхурової залози.

Покажчик:	**Перелом**/метастатичний C75.5† M90.7-*	
Перелік:	**M90.75***	*Перелом кісток при новоутвореннях, ділянка таза та стегно*
	C79.5	*Вторинне злоякісне новоутворення кісток та кісткового мозку*
	M8140/6	*Аденокарцинома, метастатична БДВ*
	C61	*Злоякісне новоутворення передміхурової залози*
	M8140/3	*Аденокарцинома БДВ*

Рубрики, в яких представлені поняття з «хрестиком», можуть мати одну з трьох різних форм:

a. **Якщо у заголовку рубрики присутній «хрестик» (†) та альтернативний код з «зірочкою»**, усі поняття, які класифікуються за такою рубрикою, підлягають подвійній класифікації, та усі мають однаковий альтернативний код з «зірочкою».

ПРИКЛАД 4:

B37.3† *Кандидоз вульви та вагіни* (N77.1*)
Кандидозний вульвовагініт
Моніліазний вульвовагініт
Вагінальний кандидоз (молочниця)

b. **Якщо у заголовку рубрики присутній «хрестик» (†), але відсутній альтернативний код з «зірочкою»,** усі поняття, які класифікуються за такою рубрикою, підлягають подвійній класифікації, але вони мають різні альтернативні коди (які перераховані для кожного поняття).

ПРИКЛАД 5:

A18.0† *Туберкульоз кісток та суглобів*
Туберкульоз:
- стегна (M01.15*)
- коліна (M01.16*)
- хребта (M49.0-*)

Туберкульозний:
- артрит (M01.1-*)
- мастоїдит (H75.0*)
- некроз кісток (M90.0-*)
- остит (M90.0-*)
- остеомієліт (M90.0-*)
- синовіт (M68.0-*)
- теносиновіт (M68.0-*)

c. **Якщо у заголовку рубрики відсутній «хрестик» (†) та альтернативний код з «зірочкою»,** загалом рубрика не підлягає подвійній класифікації, але можуть підлягати індивідуальні включені поняття. У такому випадку, такі поняття відмічаються відповідним символом та їм присвоюються альтернативні коди.

ПРИКЛАД 6:

A54.8 *Інші гонококові інфекції*
Гонококові:
…
- перитоніт† (K67.1*)
- пневмонія† (J17.0*)
- сепсис
- пошкодження шкіри

(див. також МКХ-10-АМ - Алфавітний покажчик: Вступ / Загальний вигляд Алфавітного покажчика хвороб / Кодові номера).

ВКЛЮЧЕНІ ПОНЯТТЯ

У три- та чотиризначних рубриках часто присутні інші додаткові діагностичні поняття. Вони називаються «включені поняття» та наведені, на додачу до заголовку рубрики, як приклади діагнозів, що класифікуються за цією рубрикою. Вони можуть стосуватися різних станів або бути синонімами. Вони не є підкласифікацією такої рубрики.

Включені поняття, як правило, **роз'яснюють зміст** рубрик. Багато перерахованих позицій є важливими або загальними поняттями, які відносяться до відповідної рубрики. Інші є пограничними станами або локалізаціями, які перераховані для того, щоб розуміти межу між підкатегоріями. **Переліки включених понять не є вичерпними**, а альтернативні назви діагностичних факторів включені до Алфавітного покажчика, до якого необхідно звертатися в першу чергу, кодуючи певний поставлений діагноз.

ПРИКЛАД 7:

H50.5 *Гетерофорія*
Альтернуюча гіперфорія
Езофорія
Екзофорія

Іноді необхідно читати включені поняття разом з заголовками рубрик. Це, як правило, стосується випадків, коли включені поняття являють собою перелік локалізацій або фармацевтичних продуктів, що дозволяють зрозуміти відповідні слова з заголовку рубрики (наприклад, «злоякісне новоутворення (чого) …», «травма (чого) …», «отруєння (чим) …»).

ПРИКЛАД 8:

D21 *Інші доброякісні новоутворення сполучної та інших м'яких тканин*

D21.3 *Сполучної та інших м'яких тканин грудної клітки*
Пахвової ямки
Діафрагми
Великих судин

ІНСТРУКТИВНІ ПРИМІТКИ/ФРАЗИ

Бувають ситуації, крім системи подвійного кодування («хрестик» і «зірочка»), коли можливе використання двох кодів МКХ-10-АМ для повного опису стану особи. Інструктивні фрази, такі як «Кодуйте також …», «Використовуйте додатковий код …» та «Примітка …», позначають більшість таких ситуацій (також див. АСК 0002 *Супутні діагнози/Кілька кодів*).

Примітка «Включено»

Загальний опис діагнозів, що є спільним для різних рівнів Табличного переліку, наприклад, класу, рубрики або коду.

ПРИКЛАД 9:

C50 *Злоякісне новоутворення молочної залози*
Включено: сполучної тканини молочної залози

ПРИКЛАД 10:

КЛАС 16
ОКРЕМІ СТАНИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ У ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ (P00-P96)

Включено: порушення, що виникають у перинатальному періоді, навіть коли смерть чи захворювання настають пізніше

Примітка

«*Примітка*» може використовуватися як роз'яснення вживання коду або кодів.

ПРИКЛАД 11:

ДЕРМАТИТ ТА ЕКЗЕМА (L20-L30)

Примітка: У даному блоці терміни «дерматит» та «екзема» застосовуються як взаємозамінні синоніми.

Дивіться (Див.)

Інструктивна примітка «*Див.*» є перехресним посиланням на інший блок класифікації. Необхідно виконувати примітки «*Див.*», щоб гарантувати правильне обрання кодів.

ПРИКЛАД 12:

K26 *Виразка дванадцятипалої кишки*
Вище див. підрубрики

ПРИКЛАД 13:

M71 *Інші бурсопатії*
Код локалізації див. вище

Спочатку необхідно кодувати

Інструкція «Спочатку необхідно кодувати» допомагає розташувати коди у правильній послідовності. Така інструкція зустрічається з кодами, які ніколи не вживаються окремо.

ПРИКЛАД 14:

◙S91.81 *Відкрита рана неуточненої ділянки гомілковостопного суглоба та стопи, сполучена з переломом*
Спочатку необхідно кодувати перелом (S82.-, S92.-).

Використовують додатковий код/Необхідно також кодувати

Інструкції «Використовують додатковий код» та «Необхідно також кодувати» позначають, що необхідно вказати додатковий код для повного опису стану або ушкодження (див. також АСК 0002 *Супутні діагнози/Кілька кодів*).

ПРИКЛАД 15:

K08.81 *Патологічний перелом зуба*
У разі наявності будь-якого стоматологічного захворювання, його необхідно також кодувати (K00-K10).

ПРИКЛАД 16:

N34 *Уретрит та уретральний синдром*
У разі необхідності ідентифікувати інфекційний агент використовують додатковий код (B95-B97).

Примітка «Виключено»

Примітка «Виключено» зустрічається на різних рівнях Табличного переліку, наприклад, класу, рубрики або коду.
Деякі з них представляють собою керівництво по перенаправленню користувачів в табличній перелік з невірного коду на правильний (див.
Приклад 17), а деякі розширюють кодування смертності (див. Приклад 18).
Тип 1 і Тип 2 Винятки та умовні знаки

ПРИКЛАД 17:

Діагноз: Інвагінація апендикса
Табличний перелік: K56.1 Інвагінація
Інвагінація або вростання в:
• тонку кишку
• ободову кишку
• товсту кишку
• пряму кишку
Виключено: Інвагінація апендикса (K38.8)

В Австралії для забезпечення необхідної специфічності для повного опису догляду використовується багатофакторне кодування патологічних станів (означає, що епізодовому лікуванню може бути призначено кілька станів). Це не означає, що для опису одного патологічного стану використовується кілька кодів (якщо не зазначено інше).

Для правильної класифікації патологічних станів немає необхідності зазначення їх в назві коду або в примітці «Включено». **Не присвоюйте додатковий код для подальшої класифікації патологічного стану, якщо це не зазначено в примітці до інструкцій в Табличному переліку або в Австралійському стандарті кодування.**

Якщо, дотримуватися Алфавітного покажчика, присвоюється залишковий код (тобто «інший» або «неуточнений»), **не присвоюйте додатковий код для подальшої класифікації патологічного стану, якщо це не зазначено в примітці до інструкцій в Табличному переліку або в Австралійському стандарті кодування** (див. Приклад 1).

Якщо під час класифікації патологічного стану з першопричиною, з Алфавітним покажчиком (див. Приклад 2) або з приміткою «Виключено» (див. Приклад 18), при призначенні коду для одного з клінічних проявів, який не був призначений, дотримуйтесь вказівок в АСК 0001 Основний діагноз

/ порушення та первинне захворювання та **присвоюйте коди порушенню та первинному захворюванню.**

ПРИКЛАД 18:

Діагноз: Остеопороз, причиною якого є дефіцит вітаміну D
Табличний перелік: E55 Дефіцит вітаміну D
Виключено: Остеомаляція у дорослих (M83.-)
Остеопороз (M80—M81)
Наслідки рахіту (E64.3)
Присвоєння: M81.99 Остеопороз неуточнений, локалізація неуточнена
E55.9 Дефіцит вітаміну D

Опис термінів

Опис термінів є формальним роз'ясненням значення терміну або коду. Наприклад, у Класі 5 *Розлади психіки та поведінки*, використано опис термінів для роз'яснення змісту рубрик. Цей інструмент використаний тому, що термінологія психічних розладів сильно розрізняється, особливо у різних країнах, та одні й ті самі терміни можуть використовуватися для позначення абсолютно різних станів. **Клінічні кодувальники не зобов'язані користуватися описами термінів**.

ДУЖКИ ( )

Є чотири способи використання дужок:

1. Дужки використані для включення додаткових слів, які можуть йти після поняття діагнозу, не впливаючи на номер коду, до якого буде віднесено слова, вжиті не в дужках. Це називається **додатковий модифікатор**.

ПРИКЛАД 19:

У примітці «Включено» до коду I12 *Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням нирок* рядок «артеріосклеротичний нефрит (хронічний) (інтерстиціальний)» означає, що I12 є номером коду для самостійного поняття «артеріосклеротичний нефрит» або якщо воно доповнене словом «хронічний» або «інтерстиціальний» (чи обома).

I12 *Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням нирок*
Включено:
Будь-які стани, зазначені в рубриках N00-N07, N18.-, N19 або N26, обумовлені гіпертензією
Артеріосклероз нирок
Артеріосклеротичний нефрит (хронічний) (інтерстиціальний)
Гіпертензивна нефропатія
Нефросклероз
Виключено:
Вторинна гіпертензія (I15.-)

2. Дужки також використовуються для зазначення коду (кодів), на які посилається примітка «Виключено».

ПРИКЛАД 20:

У коді I88 *Неспецифічний лімфаденіт* виключено «гострий лімфаденіт, за винятком брижового» (L04.- *Гострий лімфаденіт*) та «збільшення лімфатичних вузлів БДВ» (R59.- *Збільшення лімфатичних вузлів*)

I88 *Неспецифічний лімфаденіт*
Виключено:
Гострий лімфаденіт, за винятком брижового (L04.-)
Збільшення лімфатичних вузлів БДВ (R59.-)

3. Дужки використані у назвах блоків у Табличному переліку для позначення тризначних кодів рубрик, які включені до цього блоку.

ПРИКЛАД 21:

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА (I10-I15)

4. Дужки використовуються для позначення коду з «хрестиком» у рубриці з «зірочкою» або код з «зірочкою», який іде після поняття з «хрестиком».

ПРИКЛАД 22:

A32.1† *Лістеріозний менінгіт та менінгоенцефаліт*
Лістеріозний:
- менінгіт (G01*)
- менінгоенцефаліт (G05.0*)

G01* *Менінгіт при бактеріальних хворобах, класифікованих в інших рубриках*
Менінгіт (викликаний):
- сибіркою (A22.8†)
- гонококовий (A54.8†)
- лептоспірозний (A27.-†)
- лістеріозний (A32.1†)

КВАДРАТНІ ДУЖКИ [ ]

Квадратні дужки використовуються для додавання синонімів, альтернативних слів, пояснювальних фраз або застосовних знаків.

1. Для додавання синонімів.

ПРИКЛАД 23:

A30 *Лепра [хвороба Гансена]*

2. Для пояснювальних фраз.

ПРИКЛАД 24:

◙S06.02 *Втрата свідомості незначної тривалості [менше 30 хвилин]*

3. Для застосовних знаків.

ПРИКЛАД 25:

M19.0 *Первинний артроз інших суглобів*

[1-4,7-9]

ДВОКРАПКА :

Двокрапка використовується під час перерахування включених понять та примітки «Виключено», якщо слова, які йдуть перед нею, не є повними поняттями для віднесення до відповідної рубрики. Їм потрібне одне або декілька слів, які визначають або характеризують їх для того, щоб вони могли бути віднесеними до певної рубрики.

ПРИКЛАД 26:

У K36 *Інші форми апендициту*, діагноз «апендицит» класифікується за цією рубрикою лише якщо він характеризується словами «хронічний» або «рецидивуючий».

K36 *Інші форми апендициту*
Апендицит:
- хронічний

- рецидивуючий

ФІГУРНА ДУЖКА }

Фігурна дужка використовується у переліках включених понять та примітках «Виключено» та позначає, що ні слова перед нею, ні слова після неї не є повними поняттями. Будь-яке поняття перед фігурною дужкою має бути охарактеризоване одним або декількома поняттями після фігурної дужки.

ПРИКЛАД 27:

O71.6	*Акушерські травми тазових суглобів та зв'язок*	
	Відрив внутрішнього хряща симфізу	акушерське(ий)
	Ушкодження куприка	
	Травматичне розходження лобкового симфізу	

БДВ

Літери БДВ є абревіатурою «без детального визначення» та означають «неуточнений» або «не охарактеризований».

Іноді не охарактеризоване поняття все рівно класифікується у рубриці для більш специфічного типу стану. Це відбувається тому, що у медичній термінології загальна форма стану часто позначається безпосередньо назвою такого стану, а додаткового визначання потребують лише більш специфічні типи.

ПРИКЛАД 28:

Термін мітральний стеноз, як правило, означає «ревматичний мітральний стеноз».

Ці припущення необхідно брати до уваги для уникнення неправильної класифікації. Під час ретельного вивчення включених термінів можна зрозуміти, де було зроблене припущення щодо причини. Клінічні кодувальники повинні бути дуже уважними, щоб позначити поняття як не охарактеризоване, лише тоді, коли насправді відсутня будь-яка інформація, що дозволить присвоїти більш специфічний код.

Аналітики даних просто повинні знати, що деякі стани, віднесені до уточненої категорії, не будуть настільки уточненими у клінічних записах, що були закодовані. Порівнюючи тенденції та розшифровуючи статистичні дані з часом необхідно пам’ятати, що у різних виданнях можуть бути різні припущення. Наприклад, до Восьмого видання вважалося, що неуточнена аневризма аорти спричинена сифілісом.

НЕ КЛАСИФІКОВАНИЙ В ІНШИХ РУБРИКАХ

Слова «не класифікований в інших рубриках», які вжиті з назвами тризначних рубрик, слугують попередженням про те, що певні уточнені варіанти перерахованих станів можуть бути присутні у інших частинах класифікації.

ПРИКЛАД 29:

J16 *Пневмонія, спричинена іншими інфекційними агентами, не класифікована в інших рубриках*

До цієї категорії входять J16.0 П*невмонія, спричинена хламідіями* та J16.8 *Пневмонія, спричинена іншими уточненими інфекційними агентами*. Багато інших категорій представлені у Класі 10 *Хвороби органів дихання* та інших класах, де згадується пневмонія за інфекційними організмами

(наприклад, J09-J15 та P23.-). J18 *Пневмонія, збудник не уточнений* включає пневмонії, для яких не зазначено інфекційний агент.

«ТА» У ЗАГОЛОВКАХ

«Та» означає «та/або». Наприклад, у рубриці A18.0† Туберкульоз кісток та суглобів класифікуються випадки «туберкульозу кісток», «туберкульозу суглобів» та «туберкульозу кісток та суглобів».

АНОТАЦІЇ

† Символ «хрестик» позначає код, який описує етіологію або першопричину хвороби, та завжди вживається разом з відповідним кодом прояву (*) хвороби.

* Символ «зірочка» позначає код, який описує прояв хвороби, та завжди вживається разом з відповідним кодом етіології (†).

▼ Цей символ позначає, що Австралійські стандарти кодування застосовуються до певного коду або групи кодів (категорії або блоку) і таким чином, необхідно ознайомитися зі стандартом перед присвоєнням коду (кодів). Відповідний номер стандарту зазначений біля символу.

◙ Цей символ позначає австралійський код.

ВИДІЛЕННЯ ТЕКСТУ

Текст, виділений чорним кольором, позначає тризначні коди, які НЕ Є ДІЙСНИМИ та НЕ МОЖУТЬ бути присвоєні, оскільки такі коди вимагають додатковий знак (див. код I12 у прикладі нижче).

I12 **Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням нирок**
Включено:
Будь-які стани, зазначені в рубриках N00-N07, N18.-, N19 або N26, обумовлені гіпертензією
Артеріосклероз нирок
Артеріосклеротичний нефрит (хронічний) (інтерстиціальний)
Гіпертензивна нефропатія
Нефросклероз
Виключено:
Вторинна гіпертензія (I15.-)

Текст, виділений сірим кольором, позначає чотиризначні коди, які НЕ Є ДІЙСНИМИ та НЕ МОЖУТЬ бути присвоєні, оскільки такі коди вимагають додатковий знак (див. код C95.0 у прикладі нижче).

C95.0 **Гострий лейкоз неуточненого клітинного типу**
Гострий:
- білінійний
- змішаного походження

} лейкоз

Біфенотиповий гострий
Недиференційований лейкоз невизначеного походження
Виключено: загострення хронічного лейкозу неуточненого клітинного типу (C95.1-)

Текст, виділений рамкою, використовується для позначення тризначних кодів, які є ДІЙСНИМИ (див. код I10 у прикладі нижче).

I10 **Есенціальна (первинна) гіпертензія**

Високий кров'яний тиск
Гіпертензія (артеріальна) (доброякісна) (есенціальна) (злоякісна) (первинна) (системна)
Виключено: з залученням судин:
- мозку (I60 - I69)
- ока (H35.0)

ШРИФТ

Жирний	Жирний шрифт використовується для усіх назв блоків у Табличному переліку хвороб.
Жирний *курсив*	Жирний шрифт та курсив використовуються для інструктивного тексту, такого як ***Включено***, ***Виключено*** та ***Примітка***.
Курсив	Курсив використовується для інструктивного тексту, такого як «*Кодуйте також ...*», «*Кодуйте спочатку ...*», «*Див. ...*» та «*Використовуйте додатковий код*».

ФОРМАТ

МКХ-10-АМ використовує повний блочний формат для зручності посилання з відступами, що використовуються для усіх включених та інструктивних приміток, довших за один рядок.

УМОВНІ ЗНАКИ, ВИКОРИСТАНІ У ТАБЛИЧНОМУ ПЕРЕЛІКУ ХВОРОБ

‘ІНШІ‘ ТА ‘НЕУТОЧНЕНІ‘ КОДИ

‘Інші‘ та ‘неуточнені‘ або‘нез’ясовані‘ коди зазвичай використовуються для станів, які спеціально індексуються на ці коди.

Структура символів четвертого рівня виглядає наступним чином:

0–7 специфічні стани (клас 7 «Травми» часто використовується для «множинних» травм)

8 специфічні стани, які не класифікуються в інших рубриках (або в категорії «Інше»)

9 неуточнені стани

ПРИКЛАД 30: ЧЕТВЕРТИЙ СТРУКТУРНИЙ СИМВОЛ

L50	*Кропивниця*	Категорія
L50.0	*Алергічна кропивниця*	Специфічна
L50.1	*Ідіопатична кропивниця*	Специфічна
L50.2	*Кропивниця внаслідок низької та високої температури*	Специфічна
L50.3	*Дерматографічна кропивниця*	Специфічна
L50.4	*Вібраційна кропивниця*	Специфічна
L50.5	*Холінергічна кропивниця*	Специфічна
L50.6	*Контактна кропивниця*	Специфічна
L50.8	*Інша кропивниця*	**Інша** кропивниця, не класифікована в інших рубриках Кропивниця: • хронічна • періодично рецидивуюча
L50.9	*Кропивниця неуточнена*	Неуточнена

Іноді два залишкові коди ‘8‘ та ‘9‘ об'єднують в один код, щоб включати як ‘інші‘, так і

‘неуточнені‘ стани.

Структура символів п'ятого рівня виглядає наступним чином:

0 неуточнені стани

1–8 специфічні стани

9 інші стани

ПРИКЛАД 31: П'ЯТИЙ СТРУКТУРНИЙ СИМВОЛ

G47	*Розлади сну*	Категорія
G47.3	*Апное уві сні*	‘Специфічна‘ четверта структурна категорія
G47.30	*Апное уві сні, неуточнене*	**Неуточнене** апное уві сні
G47.31	*Синдром центрального апное уві сні*	Специфічна
G47.32	*Синдром обструктивного апное уві сні*	Специфічна
G47.33	*Синдром гіповентиляції легень уві сні*	Специфічна
G47.39	*Інші апное уві сні*	**Інші** апное уві сні, які не класифікуються в інших рубриках

Залишкові коди повинні бути використані для ‘видалення‘ хвороб, які ніде не класифікуються.

Використовуйте покажчик для пошуку правильного призначення коду. Не переглядайте Табличний перелік.

Якщо лікар використовує термінологію, яку не може знайти в МКХ-10-АМ, він може переглянути класифікацію для альтернативних термінів, яка доступна в МКХ-10-АМ. Якщо інший опис не наводиться, слід застосувати одне з наступних положень:

ПРИКЛАД 32:

Поліп стравоходу.
Код: K22.8 *Інші уточнені захворювання стравоходу*
В цьому прикладі основне поняття **Поліп** в покажчику не включає підпоняття ‘Стравохід‘. Щоб знайти правильне призначення коду, виконайте пошук в покажчику, який вказує на хвороби / стравохід / уточнений, на які вказує
код K22.8 *Інші уточнені захворювання стравоходу.*

ПРИКЛАД 33:

67-річний чоловік з вторинною катарактою.
Код: H26.9 *Катаракта, неуточнена*
У цьому прикладі в покажчику немає підпоняття ‘вторинна‘ під *катарактою*, а також немає синонімічного терміну та поняття ‘уточнений NEC‘ в інших рубриках, вказує на те, що для значення найбільш вірним кодом є - H26.9.

ІНСТРУКЦІЯ З ВИКОРИСТАННЯ МКХ-10-АМ

Основна мета кодування:

Класифікування клінічних понять у коди

Спочатку коди були розроблені, щоб отримати доступ до клінічних записів, з метою проведення дослідження, навчання та здійснення управління. Зараз клінічні коди також використовуються для оплати медичних послуг, для визначення схем користування та для оцінки доцільності витрат на медичні послуги. Кодована система також створює основу для епідеміологічних досліджень та використовується для оцінки якості медичних послуг.

Класифікувати клінічні поняття та/або симптоми, (тобто хвороби, ускладнення або травми) у коди достатньо складно. Оскільки кодування використовується у багатьох сферах, надзвичайно важливо, щоб кодування здійснювалося правильно та однаково для створення значущої статистики, яка допоможе планувати потреби у сфері охорони здоров'я в країні.

Для точного класифікування потрібно обов'язково мати професійну медичну освіту та розуміти характеристики, термінологію та умовні знаки МКХ-10-АМ. У Алфавітному покажчику міститься багато термінів, які не включені до Табличного переліку, та відповідно до вимог до кодування, перш ніж присвоїти код, необхідно звернутися до Алфавітного покажчика, Табличного переліку та *Австралійських стандартів кодування*.

Для класифікування хвороби або процедури передбачено декілька кроків, які наведені нижче у вигляді простої інструкції, що має допомогти випадковому користувачу МКХ-10-АМ.

1. Визначте клінічну групу, яку необхідно перевести в коди, та зверніться до відповідного розділу Алфавітного покажчика.
   Примітка: Уникайте кодування неважливої інформації без розбору, такої як симптоми або ознаки чи характеристики діагнозу.

2. Визначте основне поняття. Для хвороб та ушкоджень це, як правило, іменник, що означає патологічний стан. Однак, деякі стани, виражені прикметниками або епонімами, включені до Алфавітного покажчика як основне поняття.

3. Читайте та виконуйте будь-які інструктивні примітки, які зазначені під основним поняттям.

4. Читайте будь-які поняття, наведені у дужках після основного поняття (ці додаткові модифікатори не впливають на код), а також будь-які поняття, перераховані з абзацу під основним поняттям (ці важливі модифікатори можуть вплинути на код), доки не будуть враховані усі клінічні прояви.

5. Уважно слідкуйте за перехресними посиланнями («*Див.*» та «*Див. також*») у Алфавітному покажчику.

6. Звертайтеся до Табличного переліку, щоб перевірити відповідність обраного коду. Що стосується класифікації хвороб, пам'ятайте, що тризначний код у Алфавітному покажчику зі скісною на місці четвертого або п'ятого знака означає, що четвертий або п'ятий знак необхідно знайти у Табличному переліку. Подальші підрозділи, що використовуються на місці факультативного знаку, можуть бути не включені до покажчика, але мають бути у Табличному переліку у разі їх використання.

7. Дотримуйтеся включених понять, інструктивних приміток для обраного коду або класу, блоку чи рубрики.

8. Посилайтеся на загальні стандарти для хвороб в австралійських стандартах кодування та спеціальних стандартах, як зазначено символом АСК в Табличному переліку
9. Присвоюйте код.

ЗВІТ МІЖНАРОДНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З ПИТАНЬ ДЕСЯТОГО ПЕРЕГЛЯДУ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ

Міжнародна конференція з питань, що стосуються Десятого перегляду Міжнародної класифікації хвороб, була скликана Всесвітньою організацією охорони здоров'я і відбувалася у штаб-квартирі у Женеві з 26 вересня по 2 жовтня 1989 року. На конференції були присутні делегати таких 43 країн:

Австралія
Ангола
Багамські острови
Бельгія
Болгарія
Бразилія
Бурунді
Венесуела
Данія
Ізраїль
Індія
Індонезія
Іспанія
Канада
Китай
Кіпр
Куба
Кувейт
Люксембург
Мадагаскар
Малі
Мальта
Мозамбік
Нігерія
Нідерланди
Німецька Демократична Республіка
Об'єднані Арабські Емірати
Португалія
Республіка Корея
Сенегал
Сінгапур
Сполучене Королівство Великобританії та Північної Ірландії
Сполучені Штати Америки
СРСР
Таїланд
Уганда
Угорщина
Федеративна Республіка Німеччина
Фінляндія
Франція
Швейцарія
Швеція
Японія

Організація Об'єднаних Націй, Міжнародна організація праці та регіональні бюро ВООЗ прислали своїх представників для участі в конференції, як і Рада міжнародних медичних наукових організацій та дванадцять інших неурядових організацій, сферою діяльності яких є новоутворення, глухота, епідеміологія, сімейна медицина, гінекологія та акушерство, гіпертензія, медико-санітарна документація, профілактична та соціальна медицина, неврологія, психіатрія, реабілітація та хвороби, які передаються статевим шляхом.

Конференцію відкрив Dr. J.-P. Jardel, помічник Генерального директора. Від імені Генерального директора ВООЗ Dr. Jardel розповів про велику підготовчу і консультативну роботу з вивчення пропозицій, чим пояснюється триваліший, ніж звичайно, інтервал між переглядами. Він зазначив, що МКХ Десятого перегляду матиме нову назву - *Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я*, яка підкреслює її статистичне спрямування і відображає розширення сфери. Однак зручну абревіатуру МКХ буде збережено. Він також посилався на нову алфавітно-цифрову схему кодування, яка дає можливість забезпечити баланс між змістом класів і залишити досить місця для майбутніх доповнень і змін. А також повідомив про намір видати посібник з МКХ з тризначними категоріями, алфавітним покажчиком для використання в тих випадках, коли складніша, детальніша чотиризначна версія, можливо, буде недоречною.

На Конференції було обрано таких посадових осіб:

Д-р R.H.C. Wells, Австралія (*голова*);
Д-р Bay-Nielsen, Данія (*заступник голови*);
Д-р R. Braun, Німецька Демократична Республіка (*заступник голови*);
Пан R.A. Israel, Сполучені Штати Америки (*заступник голови*);
Д-р R. Laurenti, Бразилія (*заступник голови*);
Д-р P. Maguin, Франція (*доповідач*);
Пані E. Taylor, Канада (*доповідач*).

Склад секретаріату Конференції:

Д-р J.-P. Jardel, помічник Генерального директора, ВООЗ, Женева, Швейцарія;
Д-р H.P. Hapsara, директор, відділ епідеміологічного контролю, стану охорони здоров'я та загального напрямку їх оцінки, ВООЗ, Женева, Швейцарія;
Д-р J.-C. Alary, головний медичний фахівець, Служба розвитку епідеміологічного контролю та санітарної статистики, ВООЗ, Женева, Швейцарія;
Д-р G.R. Bramer, медичний фахівець, Служба розвитку епідеміологічного контролю та санітарної статистики, ВООЗ, Женева, Швейцарія (*секретар*);
Пан A. L'Hours, технічний службовець, Служба розвитку епідеміологічного контролю та санітарної статистики, ВООЗ, Женева, Швейцарія;
Проф. W. Janisch, Німецька Демократична Республіка (*тимчасовий консультант*);
М-р T. Kruse, Данія (*тимчасовий консультант*);
Д-р K. Kupka, Франція (*тимчасовий консультант*);
Д-р J. Leowski, Польща (*тимчасовий консультант*);
Пані R.M. Loy, Сполучене Королівство Великобританії та Північної Ірландії (*тимчасовий консультант*);
М-р H. Seeman, Сполучені Штати Америки (*тимчасовий консультант*).

Секретаріату Конференції допомагали представники інших відповідних технічних підрозділів штаб-квартири ВООЗ.

Конференція прийняла зміст класів МКХ Десятого перегляду та матеріали, які мають увійти до опублікованого посібника; механізм його впровадження; блок «сімейств» класифікацій та пов'язані з ними питання.

1. ІСТОРІЯ І РОЗВИТОК ПРАКТИКИ ЗАСТОСУВАННЯ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ХВОРОБ (МКХ)

Учасникам конференції нагадали вражаючу історію статистичної класифікації, започаткованої у вісімнадцятому столітті. Якщо ранні перегляди класифікації стосувалися лише причин смерті, то в Шостому перегляді в 1948 р. її межі було розширено за рахунок станів, які не зумовлюють летальних наслідків. Це розширення меж тривало до Дев'ятого перегляду включно. Причому було зроблено деякі нововведення, аби задовольнити статистичні потреби вельми різних організацій. Потім, на Міжнародній конференції з Дев'ятого перегляду (Женева, 1975 р.) (1), було вироблено і затверджено для публікації додаткові класифікації процедур у медицині, а також ушкоджень, інвалідності, зниження працездатності та дефектів.

2. ОГЛЯД ДІЯЛЬНОСТІ ВІДНОСНО ПІДГОТОВКИ ПРОПОЗИЦІЙ ДО ДЕСЯТОГО ПЕРЕГЛЯДУ МКХ

Пропозиції, одержані до Конференції, були наслідком широкої діяльності при штаб-квартирах ВООЗ і у всьому світі. Програма роботи контролювалася на регулярних нарадах керівників центрів співробітництва ВООЗ з питань класифікації хвороб. Політичне керівництво забезпечувалось шляхом проведення багатьох спеціальних нарад, а також Експертним Комітетом з питань Міжнародної класифікації хвороб (Десятий перегляд), який збирався у 1984 (2) і в 1987 (3) рр.., аби прийняти рішення відносно визначення напрямку діяльності та оформлення остаточних пропозицій.

Проведено значну підготовчу роботу з метою докорінного перегляду відповідності структури МКХ, передусім статистичної класифікації хвороб та інших проблем охорони здоров'я, яка задовольнила б різні потреби в даних, що стосуються смертності та медико-санітарних проблем. Визначено шляхи стабілізації системи кодування, щоб звести до мінімуму розбіжності під час наступних переглядів, і досягти рівноваги між змістом різних класів МКХ.

Було очевидно, що навіть за наявності нової структури одна класифікація не в змозі задовольнити всю різноманітність вимог. Тому було розроблено таке поняття як «сімейство» класифікацій, причому основою його є МКХ, яка дозволяє розв'язувати проблеми традиційної статистики щодо смертності та захворюваності, тоді як потреби в більш або менш деталізованих чи інших класифікаціях мають бути розглянуті шляхом використання інших членів «сімейства».

Центрами співробітництва досліджувалось кілька альтернативних моделей структури МКХ, але всі вони мали недоліки і ні одна з них не мала переваг, отже не було підстав для заміни існуючої структури. Спеціальні наради з питань оцінки Дев'ятого перегляду підтвердили, що хоча деякі потенційні користувачі вважають існуючу структуру МКХ непридатною, на думку більшості, вона має чисельні переваги, тому, попри її очевидні недоліки, варто було б зберегти її нинішню форму.

Різні схеми, що вводили алфавітно-цифрові позначення, досліджували з метою створення такої системи кодування, яка б забезпечила рівновагу між класами і залишила достатньо місця для подальших доповнень і змін, без порушення кодів.

Рішення з цих питань підготували підґрунтя для створення досконаліших проектів пропозицій за класами для Десятого перегляду. З метою одержання коментарю вони двічі направлялись до країн-учасниць, а також розглядались іншими зацікавленими органами, обговорювалися на нарадах керівників центрів, а також Експертного комітету. Велика кількість міжнародних асоціацій фахівців-професіоналів, окремих фахівців і експертів, окремих відділів штаб-квартири ВООЗ та регіональних бюро забезпечили консультації та керівництво відділам ВООЗ, які відповідають за МКХ, і центрам співробітництва відносно підготовки узагальненого матеріалу та пропозицій, висловлених перед Конференцією. ВООЗ висловлює щиру подяку за цю допомогу.

3. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ЗМІСТ ЗАПРОПОНОВАНОГО ДЕСЯТОГО ПЕРЕГЛЯДУ МКХ

Основним нововведенням до Десятого перегляду було використання алфавітно-цифрової системи кодування, де за певною буквою ідуть три цифри при чотиризначному рівні. Це дозволяє більш ніж удвічі розширити межі кодування (порівняно з Дев'ятим переглядом) та дає можливість позначити значну кількість класів однією літерою чи групою літер, кожен з яких може забезпечити сто тризначних категорій. З наявних 26 літер латинського алфавіту використано 25. Літеру «U» залишено для внесення подальших доповнень і змін, а також для можливих розробок проміжних класифікацій у разі появи труднощів, що виникатимуть на національному та міжнародному рівнях у період між переглядами.

Деякі тризначні категорії залишені вільними для подальшого розширення і перегляду, при чому кількість їх залежить від класів: ті класи, які мають передусім анатомічну вісь класифікації, містять менше вільних категорій, оскільки вважається, що майбутні зміни цього змісту будуть обмежені за характером.

Дев'ятий перегляд містив у собі 17 класів і дві додаткові класифікації: Додаткову класифікацію зовнішніх причин травм та отруєнь (код E) та Додаткову класифікацію чинників, що впливають на стан здоров'я і на звернення до служб охорони здоров'я (код V). Як було рекомендовано підготовчою нарадою з Десятого перегляду (Женева, 1983 р.) (4) і схвалено на інших нарадах, два цих класи не вважатимуться додатковими, а будуть включені як частина до основної класифікації.

Згідно з пропозиціями до Десятого перегляду, порядок включення класів спочатку був таким, як і в Дев'ятому перегляді; однак для ефективного використання наявного простору, порушення імунного механізму були включені до хвороб крові та кровотворних органів, тоді як у Дев'ятому перегляді вони були зараховані до хвороб ендокринної системи, порушень обміну речовин та розладу харчування. Новий клас «Хвороби крові та кровотворних органів і деякі порушення імунної системи» тепер іде з класом «Новоутворення» і поділяє з ним літеру D.

Під час обговорення перших проектів класу «Хвороби нервової системи та органів чуття» стало зрозуміло, що неможливо буде передавати усі необхідні деталі під однією літерою в 100

тризначних категоріях. Тому вирішили створити три окремі класи: під літерою G - «Хвороби нервової системи», під літерою H - «Хвороби очей та придатків» і «Хвороби вуха та соскоподібного відростка».

Класи «Хвороби сечостатевої системи», «Вагітність, пологи та післяпологовий період», «Окремі стани, які виникають у перинатальний період», «Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії» також зараховано до суміжних класів з 14 по 17.

Після приєднання попередніх додаткових класифікацій як частин до основної класифікації та створення двох нових класів загальна кількість класів у проекті до Десятого перегляду налічувала 21. Заголовки деяких класів було змінено, щоб краще визначити їхній зміст.

Запропоновані радикальні зміни щодо МКХ потребували відповідних досліджень. Це стосувалось таких класів:

5 Порушення психіки та поведінки.
19 Травми, отруєння та деякі інші наслідки впливу зовнішніх причин.
20 Зовнішні причини захворюваності та смертності.

Клас 2 «Новоутворення» також підлягав контрольній перевірці, хоча зміни були незначні.

До Десятого перегляду було запропоновано такі нові пропозиції:

- Винятки на початку кожного класу були розширені, щоб пояснити взаємну ієрархію класів, а також те, що «спеціальна група» класів має пріоритет порівняно з класами, присвяченими органу чи системі, що серед спеціальної групи класів класи «Вагітність, пологи та післяпологовий період» та «Деякі стани, які виникають у перинатальний період» мають пріоритет.
- На початку кожного класу подається огляд блоків тризначних категорій і, що доречно, категорій з позначкою «зірочка»; це було зроблено для того, щоб з'ясувати структуру класів і полегшити користування категоріями зі знаком «зірочка».
- Примітки у переліку таблиць стосуються усіх користувачів класифікацією; якщо примітка стосувалася тільки захворюваності чи тільки смертності, вона включалася у спеціальні примітки, які супроводили правила кодування захворюваності або смертності.
- У Дев'ятому перегляді подано деяку кількість патологічних станів, спричинених ліками; такий підхід збережений під час розробки пропозицій до Десятого перегляду, і багато таких патологічних станів нині виділяються окремо.

Важливим нововведенням є створення наприкінці деяких класів категорій для позначення післяпроцедурних порушень. Ними позначають важливі стани, що являють собою проблему з точки зору медичної допомоги. Наприклад, це хвороби ендокринної системи та системи обміну речовин, які спричинені видаленням органа, та інші специфічні стани, такі, як демпінг-синдром після гастректомії. Післяпроцедурні ускладнення, які не були специфічними для окремої системи організму, у тому числі такі, як повітряна емболія чи післяопераційний шок, продовжували класифікуватись у класі «Травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх причин».

Зміною також було те, що у Дев'ятому перегляді чотиризначні заголовки часто мали читатися разом із тризначними, щоб з'ясувати повне значення та призначення категорії, тоді як у проекті, представленому на Конференцію, заголовки майже незмінно є повними та можуть стояти окремо.

Подвійна система класифікації етіології та проявів хвороб, відома як система зі знаками «хрестика» та «зірочки», введена в Дев'ятому перегляді, стала предметом деякої критики. Це стосувалося передусім того факту, що класифікація часто містила в собі одночасно опис прояву хвороб та іншу інформацію на три- та чотиризначних рівнях, за однакових діагностичних позначок, що інколи з'являлись на обох осях. Більшість також вважала систему не досить повною. Для розв'язання цих проблем у проекті Десятого перегляду інформація зі знаком «зірочка» містилась у 82 однорідних тризначних категоріях для необов'язкового користування. Завдяки такому підходу, одержували два коди, що містили інформацію як про узагальнений основний

патогенез захворювання, так і про прояв або ускладнення в окремому органі чи ділянці. Це полегшує знаходження інформації чи її табуляції за будь-якою віссю.

Наведені особливості запропонованого Десятого перегляду були ухвалені на Конференції.

Кожний з класів був представлений на Конференції зі змінами, впровадженими з часу Дев'ятого перегляду, та деякою основною інформацією відносно визначення нововведень. На Конференції обговорювались деякі проблеми, що стосуються змін структури та змісту класів, а також було досягнуто згоди щодо доробки та модифікації їх секретаріатом.

4. СТАНДАРТИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ, ЩО СТОСУЮТЬСЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ Й ДИТИНИ

Конференція з інтересом розглянула рекомендовані визначення, стандарти та вимоги до Десятого перегляду відносно материнської смертності та внутрішньоутробної, перинатальної, неонатальної і дитячої смертності. Ці рекомендації стали наслідком ряду спеціальних нарад та консультацій і були спрямовані на поліпшення зіставлення даних.

Конференція погодилася, що бажано зберегти визначення народження живої дитини та внутрішньоутробної смерті такими, як вони були подані у Дев'ятому перегляді.

Після деякої дискусії Конференція створила робочу групу з питань материнської смертності, і на основі її рекомендацій також погодилась залишити визначення материнської смертності такими, як воно було подано у Дев'ятому перегляді.

З метою поліпшення якості статистичних даних щодо материнської смертності та забезпечення альтернативних методів збирання даних про випадки смерті під час вагітності чи пов'язаної з нею, а також з метою уможливити реєстрування випадків смерті, зумовленої чинниками, пов'язаними з акушерськими причинами, якщо смерть настає більш як через 42 доби по закінченню вагітності, робоча група сформувала два додаткових визначення - «смерть, зумовлена вагітністю» і «пізня материнська смерть».

Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА країнам розглянути включення до свідоцтва про смерть питань щодо поточної вагітності та вагітності протягом одного року перед смертю.

Конференція дійшла згоди, що оскільки дані про кількість випадків народження живих дітей всюди доступніші, ніж про кількість народження в цілому (кількість народжених живими дітей плюс кількість випадків внутрішньоутробної смерті), вони мають бути використані як знаменник у співвідношеннях, які стосуються випадків материнської смертності [дані вміщено в Томі 2 МКХ-10].

Відносно перинатальної, неонатальної і дитячої смертності було висловлено рішучу пораду: опубліковані показники, основані на контингенті народжених, мають бути ототожнені та диференційовані належним чином.

Конференція підтримала практику позначення віку в завершених одиницях часу, а також перший день життя позначався як нуль.

Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА включити до інструктивного посібника до Десятого перегляду МКХ визначення, стандарти та зазначені вимоги відносно материнської смертності, а також внутрішньоутробної, перинатальної, неонатальної та дитячої смертності.

5. ПРАВИЛА КОДУВАННЯ І ВИБОРУ ТА ТАБЛИЧНИЙ ПЕРЕЛІК ДЛЯ СТАТИСТИЧНИХ РОЗРОБОК

5.1 Правила кодування та вибору причини смерті

Конференцію інформували про процес перегляду правил вибору і модифікації основної причини смерті та пов'язаних з ними приміток як вони представлені в Дев'ятому перегляді, який спонукав увести кілька змін у правила і значні зміни в примітки.

Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА перенести до Десятого перегляду правила вибору причин смерті для табуляції основних причин смерті, які були подані у Дев'ятому перегляді [ті, які містяться в Томі 2 МКХ-10].

Конференцію далі було проінформовано про розробку і перегляд додаткових вказівок для використання в кодуванні основної причини та інтерпретації записів причин смерті. Оскільки ці вказівки були призначені для удосконалення послідовності в кодуванні, Конференція дала згоду також на включення їх до Десятого перегляду.

Конференція відзначила постійне використання багатофакторного кодування та аналізу причин смерті. Вона висловила підтримку такої діяльності, але не рекомендувала, щоб Десятий перегляд містив будь-які особливі правила чи методи аналізу, яких треба було б дотримуватися.

Розглядаючи міжнародну форму медичного свідоцтва про смерть, Експертний комітет визнав, що постаріння населення та збільшення кількості смертних випадків, спричинених множинними патологічними процесами та ефектами, пов'язаних з ними терапевтичних втручань, призводить до збільшення числа можливих варіантів між основною причиною та безпосередньою причиною смерті: це означає, що в багатьох країнах у свідоцтвах про смерть реєструється збільшена кількість патологічних станів. Це спонукало Комітет дати рекомендацію про включення в частину I свідоцтва про смерть додаткового рядка (d).

Таким чином, Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА, щоб у разі необхідності, країни розглянули можливість включення в частину I медичного свідоцтва про смерть додаткового рядка (d).

5.2 Правила кодування і вибору даних про захворюваність

Спочатку Дев'ятий перегляд містив поради щодо реєстрування та кодування захворюваності, а особливо - вибору одиничної причини для подання статистичних даних про захворюваність. Накопичений досвід використання визначень та правил у Дев'ятому перегляді засвідчив їхню придатність та виявив потребу в подальшому їх уточненні відносно реєстрування діагностичної інформації лікарями-практиками медико-санітарної допомоги, а також у забезпеченні детальнішими порадами на випадок специфічних проблемних ситуацій.

Конференція підтвердила рекомендації Конференції з питань перегляду 1975 р. відносно умов вибору стану для однофакторного аналізу випадків медичної допомоги; а точка зору її така, що там, де це здійснимо, для доповнення рутинної статистики припустимі багатофакторні кодування та аналіз. Підкреслювалось, що Десятий перегляд має прояснити, що більшість допоміжних матеріалів придатна лише в тому разі, коли кодування «основного стану» для певного випадку є відповідним і коли поняття «випадок» само по собі стосується методу організації збирання даних.

Конференція відповідно

> РЕКОМЕНДУВАЛА, щоб до Десятого перегляду було включено додаткові вказівки з питань реєстрації та кодування захворюваності та щоб також були включені визначення «основний

стан» та «інші стани» разом із модифікованими правилами про розгляд явно неправильно зареєстрованого «основного стану» [Це включено до Тому 2 МКХ-10].

Конференція також

РЕКОМЕНДУВАЛА, щоб у тих випадках, коли «основний стан» є предметом подвійної класифікації, запровадженої в МКХ, реєструвались обидва коди, які зі знаком «хрестик», так і зі знаком «зірочка», що допускатиме можливість альтернативного кодування за допомогою будь-якого аналізу.

Конференція дійшла згоди, що для забезпечення подальшої допомоги користувачам слід давати розширені примітки і приклади.

5.3 Переліки причин для статистичної обробки даних про смертність та захворюваність

Конференцію було проінформовано про труднощі під час користування Основним переліком рубрик Дев'ятого переліку, а також про діяльність, зокрема ВООЗ, щодо розробки нових переліків для статистичного аналізу та публікації даних про смертність. Виявилось, що в багатьох країнах показник про смертність до п'ятирічного віку є надійнішим за показник про дитячу смертність, а також те, що було б краще мати перелік, який би включав випадки смерті немовлят та дітей віком до п'яти років, ніж перелік тільки смертності немовлят.

Для розгляду на Конференції було підготовлено два варіанти загального переліку смертності та переліку смертності немовлят та дітей; при цьому другий варіант включає заголовки класів та нез'ясовані щодо класів питання.

Оскільки було висловлено деякі сумніви відносно таких переліків смертності, було створено невелику робочу групу для розгляду можливостей включення деяких додаткових питань. Звіт робочої групи було схвалено Конференцією, і він знайшов відображення в переліках причин смертності.

Що стосується табулярних переліків причин захворюваності, то Конференція розглянула як запропонований перелік, так і зразковий перелік публікацій, який ґрунтується на заголовках класів з обраними позиціями, включеними як приклади під кожним заголовком. Значну стурбованість було висловлено відносно придатності таких переліків щодо захворюваності в найширшому розумінні. Зійшлися на тому, що переліки, як вони були представлені, напевно, придатні для захворюваності стаціонарних хворих і тому потрібні подальші зусилля для створення переліків, придатних для інших видів захворюваності; окрім того, табуляційні переліки як смертності, так і захворюваності в Десятому перегляді мають супроводжуватися відповідними поясненнями та інструкціями щодо їх використання.

Зважаючи на висловлене та висновки робочої групи, Конференція дійшла згоди, що в Десятому перегляді мають бути табуляційні переліки та переліки публікацій, хоча потрібні зусилля для формулювання до цих переліків чіткіших заголовків. Також було досягнуто домовленості про сприяння альтернативній табуляції категорій із позначками «зірочка», має бути розроблений другий варіант табуляційного переліку щодо повного переліку захворюваності, який би включав категорії з позначкою «зірочка».

6. «СІМЕЙСТВО» КЛАСИФІКАЦІЙ

6.1 Концепція «сімейства» класифікацій

Під час підготовки Дев'ятого перегляду стало зрозуміло, що МКХ сама по собі не може охопити всю необхідну інформацію і що лише «сімейство» класифікацій хвороб і споріднених проблем зможе задовольнити різні вимоги охорони здоров'я. Тому з кінця 1970-х років розглядалися різні можливі рішення, одне з яких було названо основною класифікацією (МКХ) з серією модулів, з котрих деякі ієрархічно пов'язані, інші ж є додатковими.

Після вивчення та обговорення спільно з Центрами співробітництва було розроблено концепцію «сімейства» класифікацій, а згодом вона була переглянута в 1987 р. Експертним комітетом, який рекомендував її у вигляді схеми (показано далі).

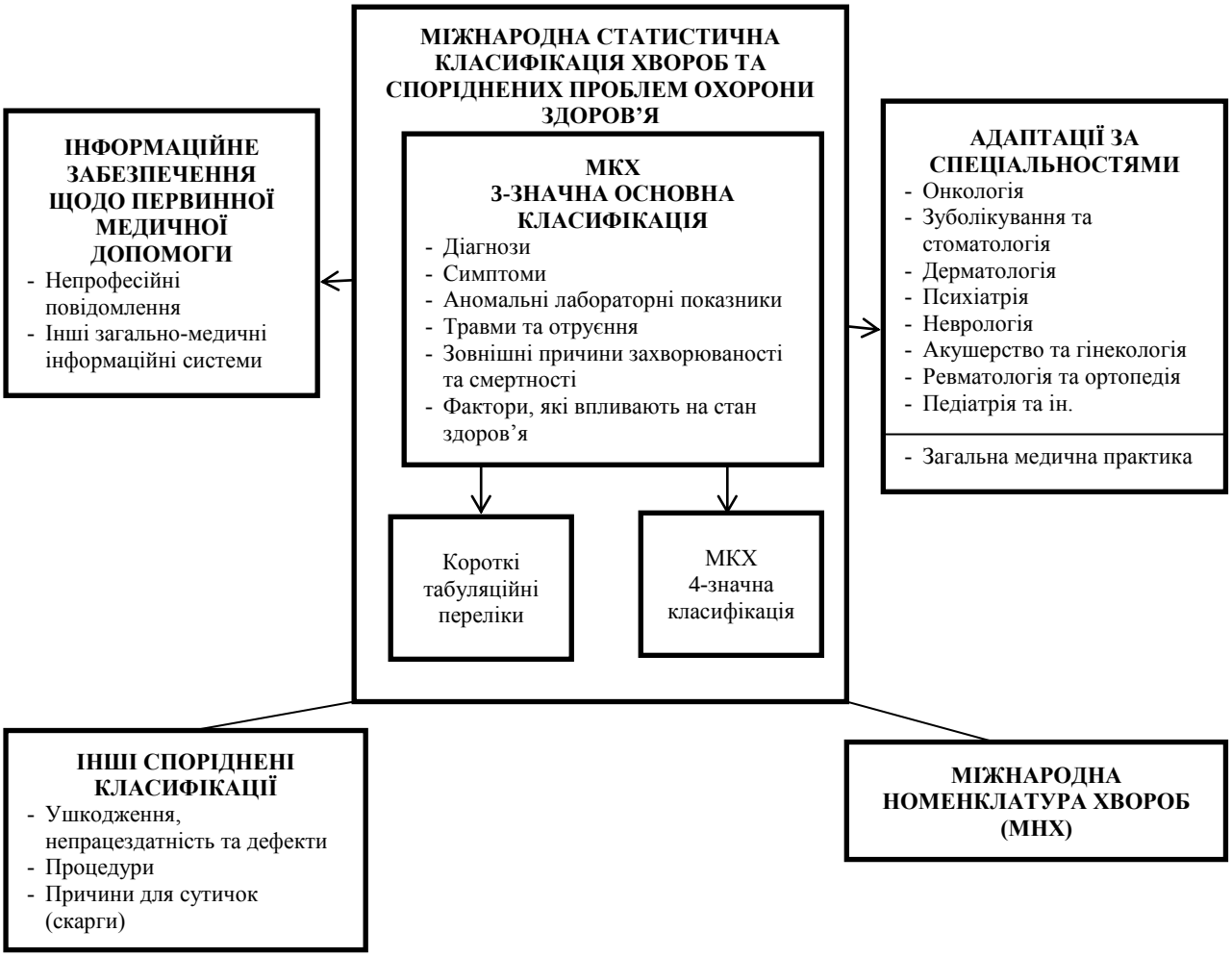
Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА ВООЗ дотримуватися концепції «сімейства» класифікацій хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я.

З метою збереження цілісності самої МКХ і концепції «сімейства» класифікацій, Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА, щоб в інтересах забезпечення порівняння даних у міжнародному масштабі не вносили зміни до змісту (як позначено заголовками) тризначних категорій та чотиризначних підкатегорій Десятого перегляду під час підготовки його перекладу чи адаптацій, за винятком санкціонованих ВООЗ. Секретаріат ВООЗ є відповідальним за МКХ і діє як центральна розрахункова палата з питань будь-яких публікацій (за винятком національних статистичних публікацій) чи їх перекладів. ВООЗ повинна вчасно сповіщатися про намір зробити переклад, адаптацію чи інші класифікації, пов'язані з МКХ.

«СІМЕЙСТВО» КЛАСИФІКАЦІЙ ХВОРОБ ТА СПОРІДНЕНИХ ПРОБЛЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Конференція із зацікавленням розглянула використання та зв'язок різних складових «сімейства» МКХ щодо медико-соціальних та багатомірних проблем літніх людей відносно не лише здоров'я,

але також їх повсякденної активності та соціального і фізичного навколишнього середовища. Було продемонстровано, що може бути одержана ефективна інформація за допомогою користувачів МКХ і Міжнародною класифікацією ушкоджень, непрацездатності та дефектів (МКУНД), а особливо за допомогою користування кодами із запропонованого Класу 21 Десятого перегляду, може бути одержана справді конче потрібна інформація.

6.2 Адаптація за спеціальностями

Конференцію було поінформовано про плани розвитку адаптацій Десятого перегляду стосовно програми психічного здоров'я. Варіант, призначений для користування клініцистами, які працюють у галузі психіатрії, має супроводжувати клінічні провідні напрями; будуть запропоновані критерії для дослідження проблем психічного стану; набудуть розвитку багатоосьові посібники щодо дитячих порушень та класифікації проблем у дорослих, як і варіант для лікарів загальної практики. Компіляції кодів МКХ, що стосуються психіатрії та неврології, також ґрунтуватимуться на попередніх публікаціях з цього питання.

Конференція також заслухала інформацію про методи, завдяки яким основна структура та функція МКХ гарантовано будуть представлені в попередній розробці додатка для медичних спеціалістів у галузі зуболікування та стоматології (МКХ-РД), а також була поінформована про те, що новий перегляд МКХ-РД, який стосується Десятого перегляду, перебуває на кінцевій стадії остаточної підготовки.

Було представлено Міжнародну класифікацію онкологічних захворювань (МКХ-О), друге видання, багатоосьову класифікацію, що включала як топографію, так і морфологію новоутворень. Коди морфології МКХ-О, які удосконалювались протягом тривалого часу, були переглянуті та ретельно випробувані у галузі. Коди топографії другого видання ґрунтуватимуться на категоріях С00-С80 у Десятому перегляді, і таким чином публікація чекатиме схвалення Десятого перегляду Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я.

Було досягнуто згоди щодо важливості адаптації для загальної медичної практики. Конференцію було поінформовано про бажання робочих груп цієї галузі співпрацювати з ВООЗ. Що стосується інших адаптацій, в основу яких покладена спеціалізація, і які, напевно, численніші, то тут винятково важливу роль відіграватимуть рекомендації ВООЗ, що виступатиме як центр збирання інформації.

6.3 Інформаційне забезпечення щодо первинної медико-санітарної допомоги

Згідно з рекомендаціями Конференції, присвяченої Перегляду 1975 р., Регіональним бюро ВООЗ для Південно-Східної Азії в 1976 р. в Делі було скликано робочу групу. Вона підготувала детальний перелік поєднань симптомів, з котрого зробила два коротких переліки, один з яких стосувався причин смерті, а другий - причин звернення до служб охорони здоров'я. Польові випробування цієї системи проводилися в країнах регіону, а результати було використано для перегляду переліку поєднань симптомів та форм реєстрації. Цей переглянутий варіант був опублікований ВООЗ у 1978 р. в буклеті «Lay reporting of health information" (5).

Глобальна стратегія «Здоров'я для всіх до 2000-го року», розпочата в 1978 р., виокремила низку проблем стосовно розвитку інформаційних систем у країнах-членах. На міжнародній конференції з питань статистики охорони здоров'я до 2000-го року (Белладжіо, Італія, 1982 р.) (6) труднощі інтеграції інформації «непрофесійні повідомлення» з іншою інформацією, призначеною для організації та управління охороною здоров'я, було визначено як основна проблема, що гальмує широке впровадження схем «непрофесійного» інформування немедичним персоналом. Нарада з Класифікації первинної медичної допомоги (Женева, 1985 р.) (7) наголосила на необхідності такого підходу, який би дозволив уніфікувати інформаційне забезпечення служби за допомогою інформації, яка базується на «непрофесійних» повідомленнях у ширшому розумінні місцевої інформації.

Конференцію поінформовано про досвід країн щодо розвитку та застосування місцевої медичної інформації, що стосується проблем і потреб охорони здоров'я, пов'язаних з факторами ризику та ресурсами. Було підтримано концепцію розвитку нетрадиційних методів на місцевому рівні з метою заповнення інформаційних прогалин у окремих країнах та посилення їх інформаційних систем. Наголошено, що як для розвинутих, так і для країн, що розвиваються, такі методи чи системи мають удосконалюватися локально і що не повинно бути спроб передачі їх в інші регіони чи країни через такі чинники, як показники захворюваності, а також мовні та культурні відмінності.

6.4 Ушкодження, непрацездатність та інвалідність

Міжнародна класифікація порушень, непрацездатності та дефектів (МКУНД - ICIDH) (8) була опублікована ВООЗ англійською мовою в 1980 р. з метою випробування, згідно з рекомендаціями Конференції, присвяченої Перегляду 1975 р., і резолюцією ВАОЗ 29.35 (9) Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 1976 р. З того часу дослідження та удосконалення класифікації здійснювалися в різних напрямках.

Основні визначення трьох елементів - ушкодження, непрацездатність та інвалідність, - без сумніву, сприяли зміні ставлення до непрацездатності. Визначення ушкодження, в якому відзначався важливий частковий збіг з термінами, включеними до МКХ, було широко сприйнято. Визначення непрацездатності відповідало сфері діяльності професіоналів і груп з реабілітації, хоча відчувалась потреба в більшій увазі до асоційованого коду стосовно градації тяжкості, що часто буває провісником інвалідності. Було також висловлено необхідність у перегляді визначення інвалідності, а при цьому - наданню більшої уваги впливові оточення.

Швидкий розвиток ідей та практичної діяльності в управлінні щодо питань непрацездатності не дозволив вчасно підготувати до розгляду Конференцією нової редакції МКУНД. Було повідомлено, що її публікація малоймовірна на час введення Десятого перегляду.

6.5 Процедури в медицині

Міжнародна класифікація процедур у медицині (МКПМ) (10) була опублікована ВООЗ у 1978 р. з метою випробування, згідно з рекомендаціями Конференції, присвяченої Перегляду 1975 р., і резолюцією ВАОЗ 29.35 (9) Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 1976 р. Класифікація була прийнята кількома країнами і використовувалася як основа для національних класифікацій хірургічних операцій багатьма іншими країнами.

Керівники Центрів співробітництва ВООЗ щодо Класифікації хвороб визнали, що процес підготовки пропозицій, одержання відгуків, перепідготовки і клопотання відносно подальших відгуків, через що ВООЗ обов'язково повинна пройти перед завершенням варіанта та публікацією, був недоречним у такій стрімко прогресуючій галузі, як процедури. Тому керівники Центрів рекомендували не зв'язувати перегляд МКПМ із Десятим переглядом МКХ.

У 1987 р. Експертний комітет звернувся з проханням до ВООЗ розглянути уточнення до Десятого перегляду, принаймні основних принципів класу 5 «Хірургічні процедури», пробного варіанту МКПМ. У відповідь на це прохання та зауваження, висловлені багатьма країнами, Секретаріат приділив увагу підготовці табуляційного переліку процедур.

Цей перелік був поданий керівникам Центрів на їх нараді у 1989 р., де домовились, що він буде вважатися посібником для національної презентації чи публікації статистики з хірургічних процедур, а також буде сприяти порівнянням між країнами. Метою цього переліку було ідентифікування процедур і груп процедур та визначення їх як основи розробки національних класифікацій, що забезпечує можливе удосконалення порівняльної здатності таких класифікацій.

Конференція дійшла згоди, що такий перелік є важливим і що робота з його удосконалення має продовжуватись навіть після впровадження Десятого перегляду.

6.6 Міжнародна номенклатура хвороб

З 1970 р. до підготовки Міжнародної номенклатури хвороб (МНХ), яка має бути додатком до МКХ, було залучено Раду Міжнародних організацій медичних наук (РМОМН).

Основною метою МНХ було встановлення єдиної назви для кожної хвороби. Головними критеріями вибору такої назви були вимоги, щоб назва була специфічною, однозначною, самоописовою і в міру можливості простою, основаною на причині, де це можливо. Кожна хвороба чи синдром, для яких пропонувалась назва, визначались якомога однозначно і коротко. До кожного визначення додавався перелік синонімів.

На час Конференції було опубліковано томи з описом хвороб нижніх дихальних шляхів, інфекційних хвороб (вірусних, бактеріальних та паразитарних хвороб і мікозів) та серцево-судинних хвороб; продовжували працювати над томами, присвяченими системі травлення, жіночій статевій системі; чоловічій сечостатевій системі; хворобам обміну речовин та ендокринній системі; хворобам крові та кровотворних органів; імунологічній системі; кістково-м'язовій та нервовій системі. Теми, запропоновані для наступних томів, містили відомості про психіатричні хвороби, а також хвороби шкіри, вуха, носа та горла; хвороби очей та їх придатків.

Конференція визнала, що авторитетна нова і усталена Міжнародна номенклатура хвороб дуже важлива для удосконалення МКХ і порівняльної здатності інформації з охорони здоров'я. Конференція таким чином

> РЕКОМЕНДУВАЛА сприяти тому, щоб ВООЗ і РМОМН використали економні та ефективні шляхи для своєчасного завершення та затвердження такої номенклатури.

7. ЗАПРОВАДЖЕННЯ ДЕСЯТОГО ПЕРЕГЛЯДУ МКХ

Конференцію було поінформовано про намір ВООЗ опублікувати детальний чотиризначний варіант Десятого перегляду в трьох томах: перший містить повний Табуляційний перелік, другий - усі споріднені визначення, стандарти, правила та інструкції, третій - алфавітний покажчик.

Конференцію також було інформовано про те, що тризначний варіант Десятого перегляду буде опубліковано окремим томом, який міститиме в Табуляційному переліку всі примітки відносно включення та винятків. Він також міститиме всі споріднені визначення, стандарти, правила та інструкції, а також скорочений алфавітний покажчик.

Країни-члени, які мають намір видати варіанти Десятого перегляду національною мовою, повинні повідомити ВООЗ про свої наміри. Копії проектів МКХ на три- і чотиризначних рівнях - як друковані, так і на електронних носіях - може забезпечити ВООЗ.

Що стосується вигляду сторінок і типів формату для Табуляційного переліку та алфавітного покажчика, то Конференція запевнила, що рекомендації керівників центрів і незадоволення кодувальників будуть розглянуті, та буде зроблено все можливе для удосконалення цих аспектів порівняно з Дев'ятим переглядом.

Як і в Дев'ятому перегляді, був намір за допомогою Центрів співробітництва удосконалити матеріали для переорієнтації кваліфікованих кодувальників. На відповідальності регіональних бюро ВООЗ та окремих країн буде проведення підготовчих курсів. Вони проводитимуться з кінця 1991 р. до кінця 1992 р. і мають закінчитися перед запровадженням Десятого перегляду.

Також ВООЗ будуть удосконалені матеріали для базової підготовки нових користувачів МКХ, хоча курси не планується починати до 1993 р.

Як зазначено вище, ВООЗ буде готова видати Десятий перегляд (Табуляційний перелік і алфавітний покажчик) на електронних носіях. У майбутньому за допомогою центрів співробітництва, можливо, будуть також підготовлені інші програмні версії. Код для переходу від

Дев'ятого до Десятого перегляду і навпаки має бути в розпорядженні до впровадження Десятого перегляду.

Оскільки запланована діяльність з удосконалення видання схвалена Експертним комітетом, Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА, щоб Десятий перегляд Міжнародної класифікації хвороб набув чинності з 1 січня 1993 р.

8. ПОДАЛЬШИЙ ПЕРЕГЛЯД МКХ

Конференція обговорила труднощі, що виникли за тривалий період користування Дев'ятим переглядом та які пов'язані з появою нових хвороб та з відсутністю сучасного механізму щодо їх кодування.

Обговорювались різні пропозиції щодо механізмів подолання цих труднощів, а також уникнення подібних проблем відносно Десятого перегляду. Було підкреслено розуміння необхідності обміну між країнами інформацією з метою виробити стандарти користування Десятим переглядом, внесення змін впродовж всього користування. Ці зміни мають ретельно розглядатися на предмет їх впливу на аналіз та тенденції. Відбулась також дискусія відносно типу форуму, на якому мають обговорюватися такі зміни та можливе використання вакантної літери «U» в нових чи тимчасових призначеннях коду. Дійшли згоди, що скликати конференції з питань Перегляду можливо не частіше, ніж один раз на десять років.

На підставі висловлених побажань, а також враховуючи недоречність визначати точний процес, Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА провести наступну Міжнародну конференцію з питань Перегляду через десять років, а ВООЗ рекомендувала схвалити концепцію процесу уточнення даних між переглядами та висловити міркування відносно пристосування ефективного механізму вдосконалення.

9. ПРИЙНЯТТЯ ДЕСЯТОГО ПЕРЕГЛЯДУ МКХ

Конференція підготувала такі рекомендації:

Розглянувши пропозиції, підготовлені Організацією на основі рекомендацій Експертного комітету щодо Міжнародної класифікації хвороб - Десятий перегляд,

Визнаючи необхідність подальших, навіть другорядних модифікацій, які мають відображати коментарі стосовно питань, детально представлених країнами-членами під час Конференції,

Конференція

> РЕКОМЕНДУВАЛА, щоб запропоновані переглянуті класи, з їх тризначними категоріями і чотиризначними підкатегоріями, а також Короткими табуляційними переліками щодо захворюваності та смертності, склали Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. *International Classification of Diseases, 1975 Revision*, Volume 1, Geneva, World Health Organization, 1977, pp. xiii-xxiv.
2. *Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases - 10th Revision: First Meeting*. Geneva, World Health Organization, 1984 (unpublished document DES/EC/ICD-10/84.34).

3. *Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases - 10th Revision: Second Meeting*. Geneva, World Health Organization, 1987 (unpublished document WHO/DES/EC/ICD-10/87.38).
4. *Report of the Preparatory Meeting on ICD-10*. Geneva, World Health Organization, 1983 (unpublished document DES/ICS-10/83.19).
5. *Lay reporting of health information*. Geneva, World Health Organization, 1978.
6. *International Conference on Health Statistics for the Year 2000*. Budapest, Statistical Publishing House, 1984.
7. *Report of the Consultation on Primary Care Classifications*. Geneva, World Health Organization, 1985 (unpublished document DES/PHC/85.7).
8. *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva, World Health Organization, 1980.
9. *WHO Official Records*, No. 233, 1976, p. 18.
10. *International Classification of Procedures in Medicine*. Geneva, World Health Organization, 1978.