**Академия медицинских наук Украины**

**Институт онкологии**

**Национальный канцер-регистр Украины**

**БОЛЬНИЧНЫЙ**

**КАНЦЕР-РЕГИСТР**

***Руководство по ведению автоматизированной информационной системы***

**Версия 3.07 от 12.12.2001 г.**

Киев 2001

***Ничто никогда не строится в срок и в пределах сметы.***

*Закон Хеопса*.

***Любые предложения люди понимают иначе, чем тот, кто их вносит.***

*Третий закон Чизхолма.*

***Никто, созидающий нечто, лучше, чем некто, творящий ничто.***

*А.Пандит.*

***Какая бы неприятность ни случилась, всегда найдется тот, кто знал, что так оно и будет.***

*Закон Эванса и Бьерна.*

***Находишь всегда то, что не искал.***

*Закон Мэрианна (к программе poisk.exe).*

***Все тайное становится явным.***

*Закон разоблачения (к программе abolit66.exe).*

***Просьба об изменениях, которые совершенно необходимо внести в программу, всегда поступает после того, как ее написание почти закончено.***

***Ошибка выявится только после завершения окончательной проверки программы.***

*Универсальные законы программистов.*

# ВВЕДЕНИЕ

Программный комплекс Больничного Канцер-Регистра (БКР) предназначен для сбора, обработки и контроля качества данных об онкологических больных, находившихся на стационарном лечении в онкологическом учреждении. Применение программного комплекса позволяет:

1. создавать компьютерный архив историй болезни;
2. полностью автоматизировать всю необходимую статистическую обработку по анализу деятельности стационара;
3. на основе созданной базы данных осуществлять подготовку выходных документов: выписок, эпикризов, анамнеза заболевания, статистической карты выбывшего из стационара (Ф66), различных других медицинских документов в автоматизированном режиме;
4. формировать электронные выписки для передачи их в популяционный канцер-регистр (линкидж данных).

Программный комплекс разработан для ПЭВМ IBM PC и не предъявляет специальных требований к оборудованию. Технология распределенного ввода данных позволяет использовать в качестве рабочих мест для ввода даже IBM AT 286.

Технология ведения БКР разработана с учетом сложившейся практики сбора и обработки информации в различных онкологических клиниках и содержит широкие возможности настройки на структуру и специфику конкретного лечебного учреждения.

Программы, входящие в комплекс, снабжены ориентированным на конечного пользователя интерфейсом, системой контекстной помощи и документацией, что делает возможной эксплуатацию системы медицинскими статистиками и операторами, имеющими минимальный опыт работы с вычислительной техникой. При вводе данных в систему используется развитая система иерархически структурированных справочников-кодификаторов, поэтому медицинские работники при работе с системой имеют дело с привычной для клиницистов терминологией.

Качество информации определяется прежде всего качеством введенных данных. Поэтому система оснащена возможностями логического контроля вводимых данных, контроля дубликатов, а также автоматического кодирования принятых стандартных международных понятий (код МКБ действующего пересмотра, код МКБ-О, стадия заболевания на основе TNM).

Система БКР разрабатывалась с учетом дальнейшего обмена данными с системой Популяционного Канцер-Регистра, что снижает вероятность потери информации об онкологическом больном, препятствует возникновению ошибок, а также уменьшает затраты по введению в Популяционный Канцер-Регистр тех больных, которые получали лечение в данном онкологическом диспансере.

Программный комплекс БКР разработан в Лаборатории медицинских информационных систем Украинского НИИ онкологии и с 1991 года эксплуатируется в клинике этого института. С 1995 года система внедряется в ряде областных и районных онкологических диспансеров Украины.

# ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

## Источники информации о больном

Система Больничного Канцер-Регистра получает информацию о больном, начиная с момента поступления его в стационар (этап поступления в приемный покой). Дальнейшее изменение информации о больном находит свое отражение в информационной системе и используется для пополнения данных компьютерного Архива Историй Болезни.

При поступлении больного в стационар сведения об этом событии должны поступить в отдел статистики. Для этого обычно применяются **контрольные талоны** на поступление и/или **суточные сводки из отделений**, содержащие списки поступивших и выбывших из отделения больных и информацию о переводах больных внутри клиники (т.н. форма 7).

На основании этих документов сведения о поступившем в стационар больном заносятся в Базу Текущих Поступлений (БТП) системы БКР. При переводах больных из отделения в отделение и выбытиях больных информация об этом также вносится в Базу Текущих Поступлений. На основании этой информации осуществляется расчет суточных оперативных сводок Ф16 и контролируется приход из отделений историй болезни выбывших из клиники больных.

Т.о., в упомянутых документах должна содержаться вся информация, необходимая для правильного подсчета суточных сводок формы 1016/у "Учет движения больных и коек стационара" (Ф16). ☝ ВНИМАНИЕ! Если в Вашем медучреждении не принято фиксировать в одном из перечисленных документов какую-либо информацию, необходимую для подсчета всех граф Ф16 (например, дату/год рождения – для подсчета детей), то рано или поздно Вы столкнетесь с необходимостью подсчитывать таких больных и их койко-дни другими способами (вручную, программой поиска и т.п.) по первому требованию руководства.

После прихода **истории болезни** осуществляется ввод содержащейся в ней информации в Регистр. При этом бывает целесообразным для облегчения работы операторов или в случае некорректного заполнения истории использовать в качестве первичного документа для ввода **формализованный эпикриз** (см. Приложения). При наличии достаточного опыта работы с историями оператор может использовать для ввода непосредственно историю болезни и поступившие вместе с ней документы - **амбулаторную карту**, **патологоанатомическое заключение, наркозную карту** и т.д. Это зависит от объема вводимой информации и корректности заполнения перечисленных документов.

Применение информационной технологии ведения БКР позволяет освободить врача от заполнения таких документов, как Выписка из истории болезни (форма 027) и Карта выбывшего из стационара (форма 66). Эти документы могут быть сгенерированы и распечатаны автоматически - на основании введенной в компьютер информации. Тем не менее желательно, чтобы врач обязательно просматривал (и подписывал) подготовленные компьютером документы - во избежание ошибок и неточностей при вводе, неоднозначностей в истории болезни и т.п.

При применении данных БКР для научных исследований, расчета выживаемости и т.д. бывает необходимо вносить в систему не только данные о госпитализациях больного в стационаре, но и сведения о его дальнейшей судьбе. В таком случае данные нужно брать из **амбулаторных карт, сведений об амбулаторных приемах, запросов в адресный стол** по месту жительства или же из системы Популяционного Канцер-Регистра.

## Объем вводимой информации об онкобольном

Система Больничного Канцер-Регистра позволяет вводить информацию в различных объемах: от минимально необходимого (приблизительный объем Карты выбывшего из стационара) до расширенного, необходимого для научных исследований.

При эксплуатации системы БКР следует придерживаться принципа «Что вводили, то и получили», т.е. при увеличении объемов вводимой информации увеличиваются и возможности информационной системы. Поэтому по возможности следует стремиться ко вводу информации в максимально допустимом объеме.

## Технология ведения Больничного Канцер-Регистра

При разработке технологии ведения БКР мы старались максимально учесть сложившуюся практику работы статистических отделов диспансеров и ориентировались на решение стоящих перед ними задач.

Так как онкологическое заболевание является по природе своей хроническим, то имеет смысл хранить для больного всю информацию о его предыдущих госпитализациях вместе, чтобы использовать ее при необходимости. Поэтому данные обо всех госпитализациях больного в стационар хранятся вместе, и сведения о последующих госпитализациях дописываются к предыдущим. При бумажной технологии это эквивалентно формированию пакета всех его историй болезни и помещению истории болезни последней госпитализации в этот пакет после выписки больного. Иногда же используется стратегия «новое поступление = новый больной», когда не пытаются определить первичность (повторность) госпитализации больного. Это приводит к появлению дубликатов данных в АРХИВЕ и делает невозможной оценку динамики развития онкозаболевания, расчет выживаемости и оценку долгосрочных результатов лечения. Такой ситуации следует избегать: вначале необходимо провести соединение данных о больном в одно целое при помощи компьютера, а в перспективе - и бумажные истории болезни комплектовать в пакеты и использовать при повторных госпитализациях.

При внедрении информационной технологии в лечебном учреждении приходится столкнуться с некоторыми проблемами. Главная из них - регламентирование поступления информации для обработки. Всякое поступление больного в стационар должно сопровождаться оформлением соответствующих документов и их поступлением в кабинет статистики для обработки. При этом не должно возникать противоречий в поступающих документах либо же они должны сразу же выявляться и исправляться.

При возникновении противоречий компьютерная система будет требовать скорейшего их устранения, так как вся отчетность стационара рассчитывается компьютером на основании объективных данных. При ведении бумажной технологии многие из возникающих противоречий не выявляются вовсе, либо же их можно не исправлять ввиду сложности обнаружения и перепроверки.

Занесение информации в БКР подразумевает ее наличие в доступной для оператора и пригодной для формализованной обработки форме. Поэтому имеет смысл заполнение врачом наряду с историей болезни формализованного эпикриза, куда можно вынести содержащуюся в истории болезни информацию в сжатом и пригодном для быстрого внесения в компьютер виде. Или же необходимо повышение качества заполнения врачами историй болезни для того, чтобы она могла служить первичным документом для ввода данных. На начальных этапах внедрения системы полезно, чтобы операторы имели возможность консультаций со специалистом – медицинским статистиком - относительно структурирования заносимой информации по разделам.

При ведении системы БКР выполняются следующие действия:

1. ежедневнй ввод данных о поступлении и выбытии больных;
2. расчет суточных форм движения больных и коечного фонда (Ф16);
3. контроль за приходом из отделений историй болезни выбывших больных;
4. введение полной информации о последней госпитализации выбывших из стационара больных из историй болезни;
5. регулярная распечатка выписок из истории болезни, которые затем направляются районкологу по месту жительства выбывшегобольного;
6. расчет ежемесячных сводок и таблиц о движении больных в стационаре и деятельности стационара;
7. работа с поисковой системой, выполнение заказов врачей и администрации клиники;
8. передача данных в популяционный канцер-регистр (при наличии автоматизированной системы популяционного канцер-регистра).

Практика показывает, что для выполнения этих действий **достаточно** персонала, имеющегося в распоряжении отдела медстатистики клиники. Для сопровождения системы БКР **не требуется** квалифицированный инженер-программист. Достаточно начальных навыков в работе с компьютером, умения работать с текстовыми файлами, копировать файлы и т.п. Хотя наличие квалифицированного персонала безусловно расширит возможности обработки информации и поддержания работоспособности системы.

Больничный Канцер-Регистр является открытой системой . При наличии инженера-программиста можно расширять возможности системы путем создания собственных программ обработки данных, увеличения степени детализации вводимой информации и т.д. (естественно, после консультаций с разработчиками).

## Применение программного комплекса Больничного Канцер-Регистра для решения практических задач стационара

Программный комплекс БКР является инструментом, нацеленным на сбор, хранение и обработку информации о лечившихся в стационаре больных. Его применение позволяет повысить оперативность и достоверность получаемой информации, что служит основой для принятия более обоснованных и своевременных административных решений.

Внедрение программного комплекса требует строгой регламентации поступления информации. Компьютерный контроль вводимых в систему данных из историй болезни позволяет, с одной стороны, **повысить качество заполняемых врачами медицинских документов**, и, с другой стороны, делает возможным **быстрое выявление и исправление встречающихся в работе стационара нарушений**.

Автоматизированная система позволяет **выполнять большой объем поисковых и расчетных задач**, которые при бумажной технологии не могли бы быть выполнены в реальных масштабах времени. Освобождение персонала от рутинной работы по расчету статистических показателей позволяет направить силы на их анализ и повышение их достоверности.

Мы не ставили перед собой задачу полностью изменить технологию движения информации в стационаре, но максимально повысить достоверность и оперативность поступающей информации, и автоматизировать те действия по расчету и контролю, которые могут быть выполнены с помощью компьютера, не отменяя при этом полностью бумажной технологии. Это дает возможность поэтапного внедрения системы и расширения сферы решаемых ею задач по мере приобретения опыта работы.

# СВЕДЕНИЯ О СТРУКТУРЕ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА

## Разделение по каталогам

Весь комплекс программ и баз данных БКР на диске разбит на составные части, каждая из которых находится в отдельном подкаталоге основного каталога этой системы.

На центральной машине БКР есть следующие подкаталоги:

|  |  |
| --- | --- |
| **BIN** | содержит все выполняемые (.***exe***) файлы БКР, а также файлы конфигурации *HCR.CFG* и *DIRS.DBF*. В нем также должны находится *.BAT*-файлы для приема и передачи данных на рабочие места |
| **BIN\SPEC** | содержит служебные файлы (файлы помощи, псевдосправочники и т. д.). В нем могут быть подкаталоги SEARCH, MESS и т.д., в которых каждая из программ (поисковая система, программа печати выписок и т.д.) хранит необходимую для работы информацию. Все псевдосправочники имеют расширение *.DOM* |
| **BIN\SPEC\F16** | содержит служебные файлы для подсчета таблиц Ф16 и сами эти таблицы в виде файлов базы данных (с расширением *.DBF*) |
| **DATA** | в этом каталоге находятся данные АРХИВА БКР |
| **BTP** | содержит данные БТП |
| **MESS** | в этом каталоге сохраняются все текстовые файлы, созданные программой печати выписок: текущие и одноразовые выписки, эпикризы, анамнезы, статкарты выбывших из стационара, а также контрольные листы на текущие выписки |
| **LOG** | содержит различные текстовые файлы протоколов работы программ с базами данных БКР (аварийных ситуаций, замены фамилий при переносе больных из БТП в архив и т.д. и т.п.). Рекомендуем заглянуть туда ради любопытства по прошествии нескольких дней работы с БКР, и всегда заглядывать туда в моменты паники. Быть может, Вы обнаружите там следы Ваших ошибочных действий, приведших к аварии |
| **TEXT** | в этом каталоге сохраняются все, кроме создаваемых программой печати выписок, выходные документы системы БКР: списки больных, полученные поисковой системой, тексты таблиц Ф16 и Ф66, списки, формируемые администратором БТП и т.п. Для удобства работы рекомендуем самостоятельно создавать там подкаталоги для хранения соответствующих отчетных форм (их можно так и называть – F16, F66, SPISKI, …) |
| **POLET** | В этом каталоге хранятся файлы списков больных, полученные поисковой системой |
| **DIC** | в этом каталоге находится справочник, содержащий кодировщики всех полей БКР, (кроме тех, которые ориентированы на конкретное лечебное учреждение; кодировка этих полей хранится в псевдосправочниках) |
| **SDI** | служебный каталог, содержащий служебные файлы с информацией о структуре всей системы БКР в целом |
| **INSTALL** | содержит файлы, необходимые для инсталляции системы БКР |
| **RM1\IN** | каталог, в который копируются данные, введенные на рабочем месте номер 1. Из этого каталога введенные на рабочем месте данные затем переносятся в АРХИВ данных БКР (каталог DATA) программой передачи данных |
| **RM1\OUT** | каталог, в который выделяются данные из АРХИВА данных БКР для дальнейшего переноса на рабочее место номер 1 |
| **RM2\in**  **RM2\out** | аналогично предыдущим, но для рабочего места номер 2. Подобных каталогов создается столько, сколько необходимо для реальных рабочих мест для ввода (их количество указывается при инсталляции БКР в соответствующем псевдосправочнике) |
| **TMP** | содержит временные файлы, создаваемые программами во время работы. Если после завершения работы в нем остались файлы, их можно безболезненно удалить (но не сам каталог!) |
| **TABLES** | содержит таблицы Ф66 и хирургической активности в виде файлов базы данных (с расширением *.DBF*) |
| **X30** | в случае, если есть связь с популяционным канцер-регистром, в нем хранятся файлы, в которых накапливаются данные для переноса в популяционный регистр |
| **RM\_INST** | в этом каталоге формируется инсталляционный пакет для рабочего места БКР |

Каталоги **MESS, TEXT, POLET** рекомендуется время от времени чистить, удаляя уже не нужные вам файлы.

**На рабочих местах** в основном каталоге БКР находятся подкаталоги **BIN, BIN\SPEC, DIC, SDI,** которые выполняют те же функции, что и на центральной машине. В подкаталог **IN** копируются данные, пришедшие для ввода с центральной машины. В подкаталог **OUT** выделяются уже введенные на РМ данные для переноса на центральную машину. В подкаталоге **DATA** находятся данные, которые вводятся на рабочем месте в данный момент.

Описание структуры каталогов программного комплекса хранится в файле ***DIRS.DBF*** подкаталога **BIN** системы. Если Вы очень уверены в своих силах, то при необходимости вы можете изменить местонахождение каталога (например, перенести его на другой логический диск). Для этого в соответствующей этому каталогу записи файла *DIRS.DBF* в поле DIR\_NAME нужно ввести новое имя каталога (с указанием полного пути к нему). Этот фокус-покус может вам пригодиться, если Вы хотите при работе в сетевой среде использовать несколькими машинами один каталог DIC, SDI либо еще какой-нибудь.

## Файл конфигурации БКР

Файл конфигурации БКР содержит важные установки, которые влияют на работу системы БКР и отражают специфику данной клиники. Эти установки заполняются при инсталляции системы и хранятся в файле **BIN\*HCR.CFG***. В дальнейшем некоторые из них могут корректироваться.

Чтобы изменить переменные из файла конфигурации, необходимо в программе ***install.exe*** выбрать пункт меню «Изменение переменных конфигурации».

**Версия 3.05 БКР** поддерживает следующие переменные конфигурации :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *S\_VERSION* | Версия системы | Выставляется автоматически программой инсталляции или программой обновления версии. Оказывает влияние на работу перекодировок и программы обновления версии. Не стоит изменять ее значение без уважительных на то причин. |
| *HCR\_DIR* | Путь к корневому каталогу Регистра | Содержит указание полного пути к основному каталогу системы БКР. Устанавливается программой инсталляции. Необходимо изменять значение этой переменной, если Вы переносите систему на другой диск (или компьютер) без применения программы инсталляции. |
| *IS\_GURN* | Поддержка Журнала Историй Болезни | **морально устарела и не используется** |
| *ID\_5ZN* | Поддержка пятизначного идентификатора | Если установлено значение .T. (эквивалент «да»), то идентификатор больного будет иметь не 4, а 5 значащих цифр (не «96-0001», а «9600001»), что необходимо, если годичная выписка из стационара превышает 10 000 больных. |
| *F16\_KMG1* | Код города, выделенного в форме 16 | Больные с кодом места жительства (областного либо районного центра), равным установленному здесь, будут считаться в графу «Жители данного города» в таблицах формы 16. Нужный код выбирается из Справочника БКР. |
| *F16\_KMG2* | Код региона, выделенного в форме 16 | Больные с кодом места жительства (области либо района), равным установленному здесь, будут считаться в графу «Жители данного региона» в таблицах формы 16. Нужный код выбирается из Справочника БКР. |
| *CENTER\_RM* | Возможность текущего ввода на ЦМ | Если установлен в .Т. («да»), то текущий ввод данных может осуществляться не только на РМ, но и на центральной машине. |
| *TYPE\_RM* | Тип машины (0-основная, 1–рабочее место) | Устанавливается автоматически программой инсталляции. Менять не рекомендуется. |
| *ARH\_FIO* | Оставлять ли при переносе фамилию из АРХИВА | Если установлен в .Т. («да»), то при переносе данных последней госпитализации больного из БТП в АРХИВ при несовпадении фамилий будет оставлена фамилия из АРХИВа как более достоверная. Иначе будет оставлена фамилия из БТП как более правильная на сегодняшний день. |
| *BTP\_AMB\_C* | Вводить ли в БТП номер амбулаторной карты | Если установлен в .Т. («да»), при вводе данных в БТП можно вводить и номер амбулаторной карты. |
| *AUTO\_NOMER* | Автоматическое присваивание номера ИБ в БТП | Если установлен в .Т. («да»), при вводе данных в БТП можно не вводить номер истории болезни- он будет присваиваться автоматически. |
| *AMB\_C\_NOM* | Получение номера Архива для первичных по амбулаторной карте | Если установлен в .Т. («да»), и BTP\_AMB\_C также .T., то при переносе в АРХИВ из БТП идентификатор первичных больных будет присваиваться равным номеру амб.карты. Имеет смысл тогда (и только тогда!), когда нумерация амбулаторных карт ведется аккуратно (без дубляжа), и зачем-то необходимо проводить поиск данных в АРХИВЕ по номеру амб.карты, а не по фамилии и т.п. |
| *MASTER\_C* | Флаг инсталляционной копии | Устанавливается автоматически. Не менять! |
| *TOG\_66* | Печать формы 66 вместе с выпиской | Если установлен в .Т. («да»), то при печати текущих выписок наряду с ними в текстовый файл печатаются также статкарты выбывшего из стационара - для освобожденя врачей от заполнения Ф66 (см. раздел «Рекомендации по внедрению»). |
| *IS\_PROFK* | Поддержка профиля койки | Если установлен в .Т. («да»), то внутри отделений клиники возможно разделение коек по различым профилям. Подробную информацию, объясняющую этот флаг, Вы найдете в разделе «Внесение информации в псевдосправочники» |
| *LINK\_X30* | Есть ли передача данных в тридцатку | Если установлен в .Т. («да»), то данные обо всех выбывших злокачественных больных заносятся в каталог Х30 БКР, откуда их можно передать в буфер популяционного регистра. |
| *HUMOR* | Веселая загрузка | Проверка Вашего (и нашего) чувства юмора |
| *REG\_CODE* | Регистрационный ключ | Если он не соответствует тому, который мы Вам сообщим, не будет производиться печать любых выходных документов в текстовые файлы. |
| *HGDE\_UST* | Тип учреждения (1 -НИИ, 2 - онкодиспансер) | Необходим при наличии связи с популяционным. Значение кода можно посмотреть в справочнике для поля «Где установлен диагноз» популяционного регистра. |
| *MAX\_BTP\_NO* | Максимальный текущий номер Истории Болезни | Используется при режиме автоматической нумерации ИБ в БТП. |
| *HM\_UST* | Код местного онкодиспансера | Необходим при наличии связи с популяционным регистром. Должен совпадать со значением переменной «Код местного диспансера» из файла конфигурации популяционного регистра |
| *IS\_PART* | Будем ли вводить код подрайонов | Если установлен в .Т. («да»), то можно использовать, в дополнение к месту жительства больного, еще и условную разбивку на подрайоны. Это может понадобиться для большего удобства разбивки больных по их месту жительства при поиске, составлении отчетных таблиц, и т.п. |
| *PRI\_GIST* | Печатать выписку без № патогистологического заключения (ПГЗ)? | Если установлен в .F. («нет»), то будут печататься только те текущие выписки, которые содержат номер ПГЗ гистологически верифицированного диагноза, а записи о пациентах, выбывших из стационара без ПГЗ будут накапливаться в БТП до внесения соответствующей информации в ИБ пациента. |

В новых версиях больничного регистра возможно появление новых переменных конфигурации. Читайте сопровождающие обновление версии файлы *UPDATE.TXT* и сохраняйте их для справки.

# ИНСТАЛЛЯЦИЯ (Установка) СИСТЕМЫ

## Требования к технике

Для работы программы подходит любой персональный компьютер. Чем компьютер лучше - тем лучше работает программа. Желательно наличие жесткого диска не менее 40 Мб, цветного монитора, хотя бы 4 Мб оперативной памяти. Очень нежелательны сбои питания в процессе работы. Поэтому рекомендуется использование источников бесперебойного питания (UPS).

Программный комплекс БКР работает под операционными системами DOS 3.30-6.22 и Windows’9x, NT, 2000. Может, работает еще под чем-то, но мы об этом не знаем. Начиная с версии 2.02, возможно также использование OS/2 в DOS-режиме. При наличии расширенной памяти и работе под DOS рекомендуется использование драйвера QEMM.

Возможна работа программ в условиях локальной сети. Для этого не требуется специального изменения программных средств. Локальная сеть может значительно облегчить передачу данных между рабочими местами, а также делает возможным проведение поисковых и расчетных операций с ЭВМ, не используемых для ввода данных.

Для установки программного комплекса для начала нужно определить диск, на котором он будет располагаться, и убедиться, что на нем достаточно места. Проинсталлированный программный комплекс БКР занимает порядка 3 Мб дискового пространства. Нужно также учесть предполагаемый размер картотеки: можно считать, что одна карточка будет занимать до 500 байт. Определенное место стоит отвести и для подсчитываемых таблиц, текстовых файлов, архивов и т.п. Всего, к примеру, для инсталляции программы в области с ожидаемым объемом картотеки 50000 карточек желательно иметь около 30 Мб места на диске.

Кроме этого, необходимо наличие в файле **AUTOEXEC*.BAT*** строки SET CLIPPER=F120

и в файле **CONFIG.SYS** строки FILES=120

Если уже есть такие строки, проверьте , чтобы содержащиеся в них цифры были не менее 120.

Проверьте также наличие в строке PATH пути к архиваторам файлов.

Создайте на диске произвольный каталог, скопируйте туда содержимое инсталляционного пакета. Если это – архивный файл инсталляции, то разархивируйте его. Запустите входящую в состав пакета программу *INSTALL.EXE*. После ввода *регистрационного ключа* укажите полный путь к основному (корневому) каталогу БКР, с учетом имени диска, например:

C:\HCR

После этого программа производит инсталляцию БКР. Если появлялись какие-либо сообщения об ошибках, попытайтесь устранить их, удалите весь созданный программой основной каталог с указанным Вами именем и повторите инсталляцию. После успешной инсталляции зайдите в созданный каталог регистра, в подкаталог BIN и запустите программу *INSTALL.EXE* для конфигурирования (настройки) системы для Вашей клиники .

## Настройка сиcтемы при работе с Microsoft© Windows’2000 ™ и Windows NT ™

В отличие от операционных систем MS-DOS и Windows’9x, которые используют при загрузке файлы AUTOEXEC*.BAT* и CONFIG.SYS, настройка в среде Windows’2000/NT иная, чем указано выше. ☝ Предполагается, что пользователь имеет навыки работы в этой среде. Для нормальной работы необходимо выполнить следующие действия:

* В системном каталоге Windows’2000/NT (обычно WINNT) откройте подкаталог SYSTEM32 и внесите строку **FILES=80** в файл **CONFIG.NT**;
* С помощью мыши выпонить следующие действия:
* ***Windows’2000:***На рабочем столе нажмите правой кнопкой мыши на иконке «My Computer» («Мой компьютер»), выберите пункт «Properties» («Свойства») и выберите вкладку «Advanced» («Дополнительные»). В разделе «Environment Variables» («Переменные окружения») выберите «New…» («Новая…»). После этого в поле «Variable name:» («Имя переменной:») введите **Clipper**, в поле «Variable Value:» («Значение переменной:») введите **F120** и выберите «Ok». Нажмите еще раз «Ok» и начинайте работу.
* ***Windows NT:*** На рабочем столе нажмите правой кнопкой мыши на иконке «My Computer» («Мой компьютер»), выберите пункт «Properties» («Свойства») и выберите вкладку «Environment» («Окружение»). После этого в поле «Variable:» («Переменная:») введите **Clipper**, в поле «Value:» («Значение:») введите **F120** и выберите «Set» («Установить»). Нажмите «Ok».

☝ Если при этом было открыто окно с программным комплексом БКР, то необходимо закрыть его и зайти заново.

* 3. Альтернативный способ: внесите строку SET CLIPPER=F120 в файл **AUTOEXEC.NT**, который находится там же, где и **CONFIG.NT**. Он подходит обеим операционным системам.

## Инсталляция на центральной машине

Итак, Вы стали счастливым обладателем БКР! Поздравляем Вас! Первое, что теперь нужно сделать - проинсталлировать пакет на центральной машине. Для этого нужно:

1. Определить, на каком диске Вы будете инсталлировать систему и убедиться, что на нем есть 30 Мбайт свободного места. Можно и меньше, но тогда в один прекрасный день данные Вашего Регистра не поместятся на диск и будет грустно.
2. Скопировать инсталляционный пакет с дискет в какой-либо каталог на Вашей машине (например, создать для этого каталог INSTALL). Если инсталляционный пакет заархивирован, разархивируйте его в этот каталог.
3. Запустить программу ***INSTALL.exe***. Программа инсталляции будет задавать вопросы, с помощью которых будет производиться настройка системы на ваш регистр. Внимательно нужно указать полный путь к корневому каталогу Вашего регистра. Например, если вы инсталлируете БКР на диске D, необходимо ввести D:\HCR.

Если Вы что-то установили неправильно - не огорчайтесь, установки потом можно подкорректировать (см. раздел «Настройка на структуру стационара»).

Также очень желательно при инсталляции системы просмотреть раздел документации «Файл конфигурации» для того, чтобы правильно ответить на задаваемые системой вопросы.

☝ ВНИМАНИЕ! После окончания инсталляции во избежание дальнейшей путаницы инсталляционный каталог (например, каталог INSTALL) желательно заархивировать или удалить.

## Настройка на структуру стационара

После первоначальной установки необходимо ввести в систему БКР информацию, касающуюся Вашего лечебного учреждения. Для начала ознакомьтесь с переменными конфигурации (см. выше) и указывайте в процессе инсталляции требующиеся Вам значения.

### Внесение изменений в «шапки» выходных документов

Установка шапки для выходных документов, таких как выписка либо запрос в адресный стол (проставление в них адреса и телефона вашего онкологического лечебного заведения) выполняется следующим образом.

Необходимо запустить программу ***install.exe*** из каталога BIN системы HCR (но не из инсталляционного каталога, который к тому времени уже должен быть удален!)

Далее из меню выбрать «Редактирование шапок», потом из появившегося списка выбрать шапку, которую вы хотите отредактировать.

Затем редактирование шапки осуществляется с помощью клавиш, описанных в строках подсказки на экране. Желательно, чтобы количество строк в шапке не изменялось.

### Внесение информации в псевдосправочники

Необходимо ввести информацию в так называемые «псевдосправочники» - кодировочные файлы, содержащие информацию, которая зависит только от структуры Вашей клиники.

К псевдосправочникам относятся:

* список и коды отделений Вашей клиники, статуса отделений (хирургическое или нет) и их заведующих,
* список и коды хирургов и ассистентов Вашей клиники,
* список и коды лечащих врачей Вашей клиники,
* список и коды профилей коек (если в рамках клиники помимо отделений выделяются дополнительно и некоторые койки),
* список рабочих мест Вашего БКР.

Для заполнения псевдосправочников нужно после запуска программы ***install.exe*** выбрать опцию меню «Редактирование псевдосправочников», после чего выбрать из списка нужный Вам псевдосправочник (например, список отделений).

Каждый псевдосправочник представляет собой список значений (например, названий отделений) и их кодов. Для отделений кодами являются их номера, но, например, для лечащих врачей Вашей клиники Вам будет необходимо самим разработать кодировку. Она может, например, совпадать с табельными номерами отдела кадров. Код необходим для быстрого ввода и удобства обработки данных. При добавлении в псевдосправочник новых значений желательно пользоваться клавишей <F6>. Тогда программа сама присвоит новой записи еще не использовавшийся код. ☝ ВНИМАНИЕ! Необходимо быть внимательным при добавлении новых кодов, чтобы они не дублировали уже существующие ! Кроме того, при уходе из клинике какого-нибудь врача **ни в коем случае** не удаляйте его из списка и не присваивайте его код другому врачу. Иначе возникнет путаница с отнесением хирургической деятельности одного врача другому.

### Выделение профилей коек в псевдосправочнике БКР (змінено та доповнено у 2017 р.)

Если в данной клинике предусмотрено наличие **коек различных профилей внутри отделений**, то для получения отчетов по этим профилям необходимо на этапе установки переменных конфигурации БКР указать, что в клинике поддерживается выделение коек по профилям и перечислить их, присвоив им коды, в псевдосправочнике. Тогда в экранной и табличной формах для ввода данных стационара в БКР появится соответствующая графа.

☝ ВНИМАНИЕ! Выделение профилей коек в БКР нужно только в том случае, когда внутри отделения имеются койки разных профилей и вам нужен отчет не только по отделениям, но еще и по профилям коек. Если внутри отделений стационара нет коек разных профилей (напр., гинекологическое, проктологическое маммологическое отделения состоят из только хирургических коек, а химиотерапевтическое – только из химиотерапевтических коек), то отчет по профильным койкам вы можете получить, самостоятельно суммируя отчетные данные соответствующих отделений и выделять в БКР какие-либо профили для подсчета не следует. Для ежедневного подсчета формы № 16 необходимо, чтобы информация о поступлении, выписке и переводе больного с/на койку определенного профиля подавалась в статотдел так же оперативно, как и о поступлениях, выписках и переводах в отделение, иначе эту информацию вы вынуждены будете вносить позже, получив Историю болезни после выписки, а эти действия будут порождать дополнительные ошибки в датах и, следовательно, в расчетах сводок по форме № 16. Находить и исправлять подобные ошибки не оперативно, а по истечении времени, можно, но очень сложно. Кроме того, разделение коек по профилям означает, что каждый отчет или сводка о движении больных по койкам будет содержать дополнительно выделенные сведения о койках определенного профиля в рамках каждого отделения, и анализировать такие перегруженные отчеты сложно.

С этим связан и вопрос о подсчете движения больных на койках **реанимации**. Прежде всего, не следует выделять койки реанимации как отделение, поскольку больной, поступая в реанимацию, числится за каким-либо другим (хирургическим) отделением стационара. Переводы больного из хирургического отделения в реанимацию и обратно снижают любой показатель, рассчитываемый на количество госпитализированных в отделении больных. Например, снижается показатель хирургической активности отделения, т.к. после хирургической операции больной сначала выбывает из отделения по переводу в реанимацию, затем переводится в него после реанимации и, наконец, окончательно выбывает из отделения, что увеличивает количество госпитализаций в данном отделении вдвое. Этого можно избежать, если реанимационные койки выделить отдельным профилем. Выделяя реанимационные койки в отдельный профиль вы сможете считать койко-дни, проведенные на них больными, но существенно усложните себе жизнь, умножая записи переводов с койки одного профиля на койки другого профиля, т.к. для большинства хирургически леченных больных это обычная процедура. Если информация о переводе в реанимацию и обратно не подается статотделу в сводках так же своевременно, как о переводах из отделения в отделение, это приведет к сложностям и ошибкам, описанным выше. Если же такие сведения в статотдел приходят оперативно и регулярно, то можете воспользоваться введением профиля «реанимация» в своем БКР.

**Дневной стационар** не может быть ни отделением стационара, ни коечным профилем, поскольку он вообще не относится к стационару. История болезни (Медицинская карта стационарного больного Форма № 003) на больного дневного стационара не оформляется, перевод из дневного стационара в круглосуточный уже из-за этого невозможен (а возможна только госпитализация больного), койко-дни дневного стационара считать нет смысла, т.к. больной пребывает там краткий промежуток времени (например, если поступление и выписка происходят в один и тот же день, то «одним койко-днем» такой промежуток вопреки распространенному заблуждению, не считается), ну и т.д.

☝ ЕЩЕ РАЗ ВНИМАНИЕ! Учтите следующие замечания по поводу выделяемых в псевдосправочнике профилей коек. **В** этот **псевдосправочник нужно включать** только те определенные профили коек, которые должны быть выделены в отчетах. Например, внутри некоторого отделения есть «детские койки», или внутри гематологического - «детские гематологические койки», или, если вы хотите считать и отчет по реанимации – «реанимационные койки». Тогда в отчете будут представлены «Все койки» и выделены из них койки «детские» или «детские гематологические» и/или «реанимационные». Если же в отчете должны выделяться и койки специфического профиля, и другие – непрофилированные - койки (например, «реанимационные койки» и «хирургические койки» – они же, условно говоря, непрофилированные), то в псевдосправочнике должны быть перечислены все эти профили коек. Тогда сумма отдельных значений некоторого отчетного показателя по каждому профилю койки (например, «койко-дней на реанимационных койках» и «койко-дней на хирургических койках») будет равна соответствующему показателю в графе «Все койки» («койко-дней на всех койках»). В случае же наличия непрофильных коек, не выделяемых в отчете (как правило, так и бывает), суммирование значений показателей для профильных коек не будет давать значения общего показателя. Важно также учесть, что коды выделяемых для отчетности профилей коек в псевдосправочнике должны быть не равны 0!

Принимая во внимание то, что отчет по отделениям и по койкам разных профилей значительно усложняет его анализ, особенно при наличии переводов с профиля на профиль и одновременно из отделения в отделение, этой возможностью БКР следует пользоваться только в исключительных случаях, когда невозможно выделить все профильные койки в одно отделение.

Важно также иметь в виду, что если до некоторого момента профили коек в БКР не поддерживались, то данные за предшествующий введению профилей коек период будут попадать в отчетах только в графу «Все койки». Для предотвращения сложностей, которые могут возникнуть при составлении отчетов за определенные периоды времени (месяц, квартал, год), настоятельно рекомендуем приурочить введение профилей коек в БКР к началу какого-либо из этих периодов, лучше всего - к началу года. При переходе к разделению коек на профили нужно выполнить также ряд действий, описанных в разделе «Выделение профильных коек внутри отделений клиники» главы «Обработка текущих поступлений в стационар».

Наличие профильных коек в клинике влечет за собой некоторую специфичность подсчета переводов больных внутри клиники, поскольку переводы могут производиться не только из отделения в отделение, но и/или с койки одного профиля на койку другого профиля. О том, как это отображается в сводках и отчетах Ф16 читайте в разделе «Описание таблиц Ф16 "Учет движения больных и коек стационара"« .

## Настройка для работы в локальной сети

Как БКР, так и ПКР могут работать в условиях локальной сети. Это проверено на Novell 3.12, Nowell 4.1 и Win95. Думаем, что и при любом другом корректно установленном сетевом обеспечении все должно работать.

При совместном использовании каталогов с данными БКР следует помнить, что как в сети, так и в многозадачном режиме на одном компьютере ***запрещается одновременное редактирование одних и тех же файлов***. Поэтому при работе в режимах, позволяющих редактирование, файлы данных БКР открываются как «Shared Locked» (т.е.заблокировано совместное использование файлов). Если файл открывается с такими атрибутами из нескольких мест, то при попытке редактирования данных возникает ошибка доступа : «Lock Required». ☝ Однако при редактировании ***возможно совместное использование файлов данных поисковой системой, программами подсчета таблиц*** и т.п., поскольку этими программами файлы данных открываются как просто «Shared» (т.е. их содержимое только считывается, но не редактируется).

Совместное использование .***EXE*** - файлов и служебных файлов не только допускается, но и приветствуется, поскольку это позволяет сэкономить дисковое пространство и облегчить обновление версий. Это допускается и при организации рабочих мест без специальной их инсталляции на разных машинах.

### Для организации работы в сети следует решить следующие проблемы:

1. Hеобходимо все-таки различать данные каждого рабочего места, чтобы они физически не пересекались.
2. Hеобходима регистрация системы БКР на каждой из сетевых ЭВМ, поскольку регистрация привязывается не к инсталлированному пакету, а к ЭВМ, на которой запускаются программы.
3. Возможно, потребуется дополнительная настройка для ускорения работы при низкой скорости обмена данными по сети.
4. Нужно тщательно выполнять правила обновления версий, особенно при изменении файлов конфигурации и наличии перекодировок данных. Зато простое обновление программ или справочников или служебных файлов происходит значительно проще.

☝ ВНИМАНИЕ! Вы можете создать **дополнительную ЭВМ**, на которой **нельзя** вводить, редактировать, принимать с РМ данные, вводить БТП, печатать текущие выписки, но там Вы сможете проводить поиск, печатать выписки на отдельных больных, считать таблицы, не загружая центральную ЭВМ. Наиболее логичным будет создать на такой машине полную копию данных АРХИВА (каталога DATA), и **обновлять эту копию регулярно и по мере необходимости.** Она же может служить одновременно и резервной копией Ваших данных. (Можно обойтись без создания копии данных, и обращаться к непосредственным даным Центральной ЭВМ по сети, но это является аварийно-опасным в случае сбоев, да и скорость обращения к данным будет раздражающе низкой.) А вот служебные файлы, псевдосправочники и т.д. можно использовать непосредственно хранящиеся на ЦМ, осуществляя доступ к ним по сети.

Рекомендуемые действия, если Вы решились так поступить, следующие:

1. Основная инсталлированная копия БКР должна находиться на сетевом диске (на сервере локальной сети) и быть «видна» (доступна) из всех ЭВМ, входящих в сеть. Будем считать, что это - диск Z, каталог HCR
2. Для **каждой ЭВМ** в сети создайте каталог, из которого Вы будете запускать программы БКР. Лучше такой каталог располагать не на сетевом диске, а на локальном, чтобы *избежать путаницы и ускорить работу.*
3. В этот каталог скопируйте с сервера файлы ***HCR.CFG*** и ***DIRS.DBF***.
4. С помощью Fox, DbView или любых других средств редактирования DBF-файлов зайдите в файл конфигурации ***HCR.CFG***.
5. Укажите в качестве пути к основному каталогу регистра путь к основной инсталлированной системе БКР (в нашем примере: Z:\HCR\ ).
6. Укажите также тип машины (центральная или рабочее место) и *регистрационный ключ*, выданный для данной локальной ЭВМ.
7. В файле ***DIRS.DBF*** в поле DIR\_NAME укажите путь к каталогу с данными БКР (в записи с полем DIR\_KEY = DATA).

Для **ускорения обращения** к каталогу с данными предлагаем Вам разместить его не на сетевом диске, а на локальном. Т.е. каталог этот будет расположен не в подкаталоге основного каталога БКР на сервере (Z:\HCR), а в другом месте и к нему нужно указывать полный путь (например, C:\HCR\DATA1\ - если на ЦМ Вы создали каталог HCR на диске С). В этом случае на Вас лежит ответственность за копирование данных из каталога Z:\HCR в локальный указанный Вами каталог с данными после каждого обновления весрии БКР, а также всякий раз, когда Вам нужны «свежие» данные.

1. Создайте каталог с данными по указанному Вами пути. Скопируйте туда файлы данных (например, пустые из инсталляционного пакета). Еще лучше произведите на ЦМ процедуру выделения данных для РМ с помощью программы передачи данных и скопируйте в каталог данных РМ содержимое соответствующего каталога **OUT** с ЦМ (в этом случае в первый раз проводить прием данных на РМ с ЦМ не обязательно).
2. Проверьте, не указаны ли в поле DIR\_NAME файла ***DIRS.DBF*** какие-либо пути, не доступные с данной ЭВМ.
3. Для запуска программ ввода, поиска и т.п. лучше всего составить *.BAT*-файлы, которые нужно запускать из ***соответствующего каталога*** (т.е. того каталога, где расположены адаптированные для данной ЭВМ файлы конфигурации). Эти файлы должны содержать команды вызова соответствующей программы с сетевого диска (например, строка Z:\HCR\BIN\HCR.EXE означает команду запуска программы ввода).
4. Для обеспечения передачи данных без дискет можно модифицировать *.BAT*-файлы приема/передачи. Каталоги для передачи данных лучше размещать на сетевом диске, тогда исходящий (OUT) каталог ЦМ может одновременно быть входящим (IN) для рабочего места, и наоборот. Естественно, при этом необходимо придерживаться принятой в БКР *схемы передачи данных*, т.е. знать что, куда и почему передается, и не забыть при необходимости модифицировать пути в ***DIRS.DBF*** как центральной ЭВМ, так и РМ.
5. Если заметно значительное замедление обращение к Справочнику БКР при вводе данных, то можно скопировать файлы Справочника (каталог **DIC**) с сетевого на локальный диск и, соответственно, модифицировать ***DIRS.DBF*** на локальных машинах. К Справочнику программы БКР обращаются постоянно, размещение же остальных служебных файлов ощутимого влияния на скорость не оказывает.
6. Если разместить локальные каталоги РМ с данными тоже на сетевом диске, то торможение при вводе в не очень быстрой сети станет еще ощутимее, но зато можно будет одним *.BAT*-файлом осуществлять и передачу, и прием данных с/на РМ на/с ЦМ. Мы от этого у себя отказались, но может где-то сеть получше(?).
7. ☝ При **обновлении версии все обновляется АВТОМАТИЧЕСКИ ТОЛЬКО НА СЕТЕВОМ диске.** Hеобходимо следить, чтобы **при наличии перекодировок Вы не забывали заново создавать каталоги для РМ,** поскольку очень велико искушение забыть об этом и получить несоответствие версий на РМ и на ЦМ**.** ~~Проверьте также,~~ **~~не добавлялись ли в новой версии записи в файл конфигурации,~~** ~~и если да -~~ **~~то обновите также и их HА ВСЕХ МАШИHАХ!~~** ~~Если каталог~~ **~~DIC у Вас разбросан по РМ -~~** ~~то и этот~~ **~~каталог тоже нужно обновить!~~**

## Инсталляция рабочих мест

После инсталляции БКР на центральной машине необходимо произвести также инсталляцию рабочих мест. Для этого необходимо:

1. Внести информацию о рабочих местах в псевдосправочник рабочих мест (см. раздел «Настройка на структуру стационара»).
2. Создать инсталляционный пакет для рабочего места.

### Создание инсталляционного пакета для рабочего места

Необходимо запустить программу ***install.exe*** и выбрать пункт меню «Создать инсталляционный пакет для рабочего места». Если программа выдает сообщение «Ошибка при создании каталога RM\_INST», то необходимо выйти из программы и удалить подкаталог RM\_INST из основного каталога БКР.

Если все нормально, то программа описывает процесс создания пакета в бегущей строке. Если появляется сообщение «Нет файла ...», то это означает, что указанный файл по какой-то причине не находится в надлежащем ему месте и Вам необходимо обратиться к разработчикам за разъяснением сего прискорбного факта. При создании инсталляционного пакета программой производится выбор выполняемых программ, справочников, псевдосправочников, файлов данных, служебных файлов и т.д. последней версии для того, чтобы все они на РМ полностью соответствовали центральной машине. ☝ Поэтому необходимо формировать инсталляционный пакет для рабочего места заново каждый раз после внесения каких-либо изменений в систему БКР, особенно после обновления версии.

☝ **Если вы внесли изменения в один из ваших псевдосправочников** (отделения, врачи, профили), что всегда делается на ЦМ, то после этого вам **обязательно** нужно провести инсталляцию РМ по той же процедуре. Другим путем псевдосправочники на РМ не обновляются.

После отработки программы инсталляционный пакет для РМ находится в подкаталоге RM\_INST основного каталога БКР.

### Инсталляция рабочего места

Во-первых, Вам необходимо определиться, на каком диске будет находиться рабочее место. На этом диске должно быть как минимум 5 Мбайт свободного места.

Далее, необходимо скопировать содержимое созданного вами инсталляционного пакета для РМ (находящегося в подкаталоге RM\_INST основного каталога БКР) в произвольный новый каталог на машину, где Вы собираетесь устанавливать рабочее место. Или просто скопировать весь каталог RM\_INST. Затем запустить из этого каталога программу ***install.exe***. Далее необходимо правильно указать рабочий каталог системы – т.е. основной каталог БКР на этом рабочем месте (например, d:\rm1). Процесс создания рабочего места отображается в бегущей строке.

☝ ВНИМАНИЕ! После успешной инсталляции рабочего места каталог с инсталляционным пакетом для РМ желательно удалить с рабочего места, чтобы впоследствии избежать путаницы.

Таким образом, инсталляция рабочего места очень похожа на инсталляцию всей системы, только задает меньше вопросов, так как использует информацию с вашей центральной машины.

# ОБНОВЛЕНИЕ ВЕРСИИ СИСТЕМЫ БКР

Для обновления версии БКР пользователям высылается специальный программный пакет (на дискете либо по е-почте). Обычно высылается **заархивированный** пакет, например, файл **HCR\_UPD.ARJ**. В этом случае перед использованием его необходимо развернуть (разархивировать)! Пакет необходимо скопировать в отдельный каталог на жестком диске (например, создать для этого каталог UPDATE), после чего необходимо перейти в этот каталог и запустить там программу ***update.exe***. На запрос программы необходимо ввести имя (полный путь) основного каталога системы БКР. Далее произойдет автоматическое обновление и перекодировка данных БКР. Если в новой версии изменилась структура данных, то на экран будет выдано соответствующее сообщение. Прочитав его, нужно нажать любую клавишу. Если Вы плохо воспринимаете информацию с экрана – можно распечатать упомянутое сообщение. Оно содержится в файле UPDATE.TXT пакета обновления версии.

☝ При обновлении версии все **автоматически обновляется только на указанном Вами сетевом диске**. Hеобходимо, чтобы Вы не забывали заново инсталлировать РМ, поскольку очень велико искушение забыть об этом и получить несоответствие версий на РМ и на ЦМ**.**

**Перед обновлением версии программного комплекса БКР необходимо** убедиться, что никто не вводится на рабочих местах, т.е. картотеки РМ и каталоги для переноса на РМ (IN) и с РМ (OUT) пустые как на ЦМ, так и на рабочих местах. **Перед обновлением версии обязательно** сохраните резервную копию всего каталога БКР центральной машины на случай, если обновление пройдет неудачно; то же самое и на рабочих машинах. После этого нужно удалить рабочие места, а после обновления версии на центральной машине – заново проинсталлировать рабочие места (см. выше разделы «***Создание инсталляционного пакета для рабочего места»*** и «***Инсталляция рабочего места»***).

Если на рабочем месте Вы создали свои шаблоны для ввода текстовых полей (файл shablon*.DOM*), которые отличаются от шаблонов ввода на центральной машине, то Вы можете сохранить этот файл куда-нибудь на диске, а после реинсталляции рабочего места вернуть (переписать) его в каталог **BIN\SPEC** на РМ. **🖒** Для удобства работы рекомендуем Вам создать общий файл шаблонов на ЦМ, тогда при создании инсталляционного пакета для РМ этот файл будет включаться в этот пакет и автоматически попадать на каждое рабочее место после его инсталляции.

~~Проверьте также,~~ **~~не добавлялись ли в новой версии записи в файлы конфигурации,~~** ~~и если да -~~ **~~то обновите также и их на всех машинах!~~**

~~Если каталог~~ **~~DIC у Вас разбросан по РМ -~~** ~~то этот~~ **~~каталог тоже нужно обновить!~~**

При обновлении версии БКР обычно производятся **перекодировки**, поэтому ОБЯЗАТЕЛЬНО нужно, чтобы по их окончании Вы просмотрели протоколы выполненных перекодировок в каталоге **LOG –** возможно, возникли нестандартные или требующие Вашего вмешательства ситуации. Основной протокол перекодировки называется UPDATE.LOG, и он должен содержать запись о том, что перекодировка закончена нормально. (☝ Если такой записи нет, следует вернуть резервную копию и повторить обновления. В случае повторной неудачи свяжитесь с разработчиками БКР. ) Названия других файлов с протоколами выполненных в данных БКР перекодировок будут показаны в процессе обновления версии на экране. Протоколы перекодировок данных содержат подробную информацию о произведенных изменениях.

# ОБРАБОТКА ТЕКУЩИХ ПОСТУПЛЕНИЙ В СТАЦИОНАР

## Что такое база текущих поступлений (БТП)

Автоматизированная технология ведения БКР предусматривает получение сведений о больном с того момента, когда он попал в стационар, т.е. с момента поступления в приемный покой клиники. На этом этапе мы получаем сведения о том, что больной поступает в отделение стационара, известен профиль койки, на которую поступает данный больной (если разделение по профилям коек используется в данном БКР), а также его краткие паспортные данные. Бумажными носителями этой информации являются контрольные талоны приемного покоя на поступивших и ежедневные сводки о выбывших, поступивших и переведенных больных, предоставляемые из отделений клиники в кабинет статистики.

О пребывающих в стационаре больных ведется различная оперативная отчетность (списки, форма 16, журнал поступлений в клинику и т.д.). Практически все отчетные формы о движении больных могут быть получены из информационной системы БКР на основании занесенной в нее оперативной информации о поступлениях, переводах и выбытиях больных из стационара.

На этапе пребывания больного в стационаре подробная информация о нем – диагноз, проведенное лечение, предыдущие госпитализации в стационар и т.п. - пока не доступна для информационной системы, поскольку подробные сведения содержатся в истории болезни, которая в этот момент находится у лечащего врача. Для введения в информационную систему БКР на этом этапе поступает только краткая информация, содержащаяся в сводках (о поступлении, переводе или выписке), которой, однако, достаточно для решения текущих задач кабинета медстатистики. Для хранения этой информации в системе БКР предусмотрена **база текущих поступлений больных стационара** (в дальнейшем - **БТП**).

Информация о поступивших в стационар больных поступает из приемного покоя. В системе БКР предусмотрено два способа добавления больных: вручную - на основании сводки из отделения и/или контрольного талона на поступление из приемного покоя, или же автоматически. Второй способ возможен, если в приемном покое установлена автоматизированная система учета поступивших больных, в которой есть возможность экспорта (передачи) данных о поступивших больных в базу текущих поступлений. В приемный покой обычно не поступает информация о выбывших и переведенных больных, поэтому на одних только данных приемного покоя невозможно получать информацию о находящихся в стационаре больных.

Информация о поступлениях больных должна быть занесена в БТП.

## Идентификация больных в БТП

При поступлении больного в приемный покой ему присваивается очередной порядковый номер в рамках текущего года. Под этим номером ему выписывается история болезни данной госпитализации.

Номер текущей истории болезни является уникальным идентификатором больного во время его пребывания в стационаре, т. е. он не может повторяться у различных больных (по крайней мере, в течение одного года). Обычно в приемном покое за этим следят. Так как в автоматизированной системе приемного покоя этот номер выставляется автоматически, то при передаче данных из этой системы в БТП этот номер сохраняется. Если же больной добавляется в БТП вручную на основании контрольного талона, то должен указываться номер его контрольного талона. Система БТП не позволяет иметь одновременно нескольких больных с одинаковыми номерами и сигнализирует при этом об ошибке.

Возможно, в приемном покое стационара не ведется нумерация историй болезни (например, каждое отделение ведет собственную нумерацию больных по отдельному журналу приемного покоя). В этом случае может быть целесообразным присваивать номер больному автоматически – такая возможность в БКР тоже поддерживается. В принципе нет никакой необходимости хранить в компьютере номер текущей истории болезни - всегда можно найти данные о больном с помощью поиска по фамилии или просто просмотрев список пребывающих в стационаре. Но, с другой стороны, намного удобнее иметь дополнительную возможность идентификации больного.

Все перечисленные возможности доступны пользователю в режиме «Текущие поступления в стационар» программы ***HCR.EXE***.

## Общие сведения о вводе в БТП

### Текущая дата, текущее отделение

Зайдя в программу ***HCR.EXE***, выберите пункт меню «Текущие поступления в стационар». В левом верхнем углу будут указаны текущая дата и отделение.

☝ ВНИМАНИЕ! Программа разработана с учетом требований облегчения текущего ввода данных. Программа будет АВТОМАТИЧЕСКИ проставлять ТЕКУЩУЮ дату в качестве даты поступления - для добавляемых вручную поступивших больных, либо даты перевода - для переведенных из отделения в отделение, либо даты выписки - для выбывших больных. Если Вы вводите данные не за сегодняшний день (например, если информация поступает на день позже - «сегодня за вчера»), то **ОБЯЗАТЕЛЬНО ИЗМЕНИТЕ ТЕКУЩУЮ ДАТУ до начала ввода** поступлений, переводов и выписывания больных!

Вы можете работать как со всеми больными, так и с пребывающими в каком-либо из отделений. Это бывает полезным, например, если поступающая информация (контрольные талоны, списки и т.п.) структурирована по отделениям. В таком случае установите текущее отделение, войдя в пункт меню «Разбивка по отделениям». Эта разбивка действует как для списка больных, находящихся в стационаре в настоящее время, так и для списка выбывших из стационара. При добавлении больного вручную текущее отделение будет указываться автоматически. В случае, если больной переводился из отделения в отделение, то для определения отделения, в котором можно его отыскать, выбирается последнее, т.е. то, в котором он находится в настоящий момент или из которого он выбыл из клиники (для выбывших из стационара больных).

Разбивка по отделениям *не действует* в режиме «Администратор».

Чтобы работать с больными, которые находятся в стационаре в настоящее время, выберите пункт меню «Картотека». Здесь Вы увидите список больных, упорядоченный по алфавиту. Если установлено «Текущее отделение», то в этом списке будут находиться только больные, находящиеся в данном отделении. Для того, чтобы спозиционироваться на данные интересующего Вас больного, используйте клавиши управления курсором <PageUp>, <PageDown>. Для того, чтобы перейти на фамилии больных, начинающиеся с некоторой буквы, нужно нажать эту букву.

☝ ВНИМАНИЕ! Список больных, находящихся в стационаре, формируется в режиме «Текущие поступления в стационар» только на основании текущего состояния БТП и *не зависит от предварительной установки текущей даты*. Просмотр списков больных за дату, предшествующую текущей, возможен только в режиме «Учет движения больных и коек стационара - Ф16» после пересчета таблиц Ф16 за эту дату (см.раздел «Работа со списками при подсчете таблиц Ф16»).

### Сбор и отражение сведений о поступлениях больных

Для того, чтобы добавить больного в картотеку БТП вручную (на основании контрольного талона из приемного покоя или сведений из отделения клиники), нужно, находясь в режиме «Картотека», нажать клавишу **<F4>**. Если не установлен режим автоматического присваивания номеров историй болезни, то Вам нужно ввести номер контрольного талона, обычно совпадающий с номером истории болезни, выписанной больному в приемном покое на период данного поступления. Этот номер не может повторяться! Если номер уже занят, Вам придется сначала разобраться - почему, и если необходимо - изменить номер уже имеющегося больного в режиме «Администратор» (разумеется, согласовав это действие с приемным покоем). Если же номер уникален, то Вы сможете ввести информацию о больном. Если номер истории болезни в Вашем регистре выставляется автоматически, то этой проблемы не возникает.

Будьте внимательны при вводе ФИО! Весьма желательно вводить эту информацию заглавными русскими буквами ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО без сокращений. Эта информация будет использоваться при идентифицировании больного в компьютерном архиве, и неточности в написании могут привести к появлению дубликатов. **Особенно важно не делать ошибок в первых трех буквах фамилии и первой букве имени и первой букве отчества** - они являются ключевыми при идентифицировании больного (т.е. по ним программа потом будет искать больного в Архиве регистра для определения его первичности/повторности). Проверьте дату поступления больного и отделение, т.к. они выставляются автоматически, в соответствии с текущими установками (см. выше). Проставьте сами профиль койки, на которой будет находиться больной, если он используется в Вашей клинике.

Для добавления группы больных (экспорта) из программы автоматизированного приемного покоя нажмите клавишу **<Alt\_F4>.** После этого выберите файл с данными приемного покоя. Все больные, номера которых еще не заведены в БТП, будут добавлены в нее.

### Корректировка данных в БТП

Чтобы работать с данными уже имеющихся в БТП больных, выберите больного и нажмите **<Enter>**. Вы попадете в соответствующие записи стационара данного больного. При необходимости их можно редактировать. Если же Вам нужно исправить паспортные данные больного, нажмите еще раз **<Enter>** и Вы попадете в экранную форму, их содержащую. Исправив все, что нужно, нажмите **<+>**.

☝ ВНИМАНИЕ! Всякий раз, корректируя даты поступления, выписки или перевода какого-либо больного либо изменяя отделение или профиль койки, к которым ранее был приписан больной, Вы должны не забывать о том, что по прежним данным уже **могли быть подсчитаны сводки Ф16**. В таком случае необходимо, во-первых, *произвести пересчет таблиц формы 16 за временной интервал*, начиная с даты, соответствующей наиболее раннему изменению, по текущую дату (см. «Расчет суточных форм движения больных Ф16»), и во-вторых, учесть тот факт, что все инстанции (от бухгалтерии до главврача) *ранее получили неверную сводку*.

Если вам нужно **только просмотреть** данные о больном, не изменяя их, пользуйтесь клавишей **<F3>**.

### Перевод больного в другое отделение или/и на койку другого профиля

Для того, чтобы оформить перевод больного из отделения в отделение или/и на койку другого профиля, нужно сначала отыскать больного в списке того отделения, где он пребывал, и с помощью **<Enter>** перейти в его записи стационара. Там с помощью клавиши **<F4>** добавить ему запись перевода. При этом текущая дата будет проставлена в качестве даты выбытия из отделения или/и с койки указанного профиля (если используется в Вашей клинике), откуда больной переводится, а причиной выбытия будет автоматически указан перевод. Кроме этого, будет добавлена новая запись стационара, в которой автоматически будет указана текущая дата как дата поступления. Вам остается только указать в ней отделение или/и другой профиль койки, куда был переведен больной.

* Если больной переводится только из отделения в отделение, то в этой новой записи Вы должны указать номер нового отделения, а код профиля койки должен быть указан прежний. Если в Вашей клинике не используется деление по профилям коек, то графа «Профиль койки» даже не появится на Вашем экране.

1. Если произведен перевод внутри отделения с койки одного профиля на койку другого профиля, то в новой записи нужно оставить прежний код отделения, указав код нового профиля.
2. Больной может быть переведен одновременно в другое отделение и на койку другого профиля. В этом случае нужно указать в новой записи и новый код отделения и новый профиль.

Будьте внимательны при вводе данных о переводах! Делайте это **только** с помощью функциональной кнопки **<F4>**. Это позволит Вам избежать появления целого ряда ошибок в данных БТП.

☝ ВНИМАНИЕ! При выходе из экранной формы ввода записей стационара переведенный больной пропадет из списка того отделения, где пребывал ранее, и появится в списке того отделения, куда переведен. Изменения в профиле койки на этом не сказываются.

### Выбытие больного из стационара

Чтобы выписать больного из стационара найдите его в списках пребывающих в стационаре и нажмите **<F7>.** После этого укажите причину выбытия больного.

☝ ВНИМАНИЕ! **Не путайте** выписку из стационара и перевод из отделения в отделение! Оформление перевода как выписки из одного отделения и поступления в другое является грубым нарушением технологии: во-первых, поступивший в стационар больной не прошел через приемный покой и на него не заведена новая история болезни под другим номером. Во-вторых, история болезни выбывшего больного не была обработана до его следующего поступления, следовательно, не была распечатана выписка и т.д. В‑третьих, в сводке Ф16 такой больной будет фигурировать как выбывший и вновь поступивший в стационар - т.е. увеличит количество госпитализаций.

Выписывается больной также текущей датой, которая автоматически будет проставлена ему в качестве даты выбытия из отделения.

☝ ВНИМАНИЕ! **Нельзя** выписывать больного, просто указывая ему в данных стационара дату и причину выбытия. Процедура регистрации выбытия больного из стационара также изменяет специальный флаг состояния больного в БКР, после чего он из списков пребывающих в стационаре переносится в списки выбывших. Для отметки выбытия больных из стационара используйте **только** клавишу **<F7>**!

## Выделение профильных коек внутри отделений клиники

Когда внутри отделений клиники выделяются некоторые более мелкие структурные элементы - например койки детские, программа БКР предоставляет возможность вести учет движения больных стационара не только по отделениям, но и по койкам этих профилей.

Для этого при первичной инсталляции программы БКР необходимо указать «да» в переменной конфигурации «Поддержка профилей коек» и заполнить псевдосправочник профилей коек (подробности см. в главе «Инсталляция системы»).

Если выделение профильных коек внутри отделений происходит не в момент начала работы с программой БКР, а по прошествии некоторого времени, когда у Вас уже имеется БТП, то Вам придется провести некоторую подготовительную работу.

Прежде всего, рекомендуем производить переход на учет профилей коек с начала года, хотя это и не обязательно. Это связано с корректным подсчетом таблиц движения больных (Ф16).

Для того, чтобы начать учет движения по профилям коек с начала года, нужно выполнить последовательно следующие действия:

1. 2 января подсчитать отчет по Ф16 за весь прошедший год (т.е. еще без учета профилей коек) и убедиться, что в нем все в порядке;
2. программой инсталляции ***INSLALL.EXE*** заполнить псевдосправочник профилей коек и указать «да» в переменной конфигурации «Поддержка профилей коек» (см. главу «Инсталляция системы»);
3. при помощи программы ввода данных в БТП проставить всем больным, находящимся в клинике, соответствующие значения профиля койки.

При этом возможно **несколько вариантов перехода на учет профилей** коек:

1. Перевести каждого находящегося в стационаре больного 1 января на койку соответствующего профиля. Достоинством этого варианта является то, что Вы будете иметь нормальный переход на учет коек. Несущественным недостатком такого действия будет искусственно завышенное количество переводов с койки на койку за январь месяц.

Такой вариант наиболее правилен и наилучшим образом применим тогда, когда в клинике только начинают вводить койки различных профилей. В этом случае такой переход на учет профилей возможен в любой день года, поскольку он будет правильно отражать ситуацию в клинике.

1. Можно проставить каждому больному, уже находящемуся в стационаре, соответствующий профиль койки с момента его поступления на койку (задним числом).

Если при этом Вы начинаете новый отчетный год, то нет необходимости делать пересчет сводок за прошедший год. Однако при подсчете сводки за первый день нового года не пройдет контрольное сравнение с отчетом за предыдущий день. Для избежания этого все сводки и отчеты Ф16 за прошедший год нужно сначала перенести в архивный файл Ф16 (см. «Расчет суточных сводок и периодических отчетов движения больных»), а затем уже начинать формирование сводок за первый день нового года.

Если же Вы делаете это с начала какого-нибудь месяца, то лучше сделать пересчет сводок и отчетов Ф16 за интервал времени, начинающийся с дня наиболее раннего поступления, т.е. с дня поступления наиболее долго находящегося в стационаре на текущий день больного. Можно не делать и этого, но если Вам придется пересчитать сводки Ф16 за какой-нибудь интервал времени, входящий в тот, о котором идет речь в предыдущем предложении, то в Вашем месячном и годовом отчете появятся «куски» койко-дней, проведенных больными на профильных койках, но при этом может возникнуть путаница, поскольку не будет информации о переводах с/на профильные койки.

## Расчет суточных сводок и периодических отчетов движения больных (Ф16 и т.п.)

☝ **Для работы в этом режиме запустите программу *F16.EXE*** (до октября 1998 г. расчет Ф16 и все связанное с этим входило в единую программу ***HCR.EXE***).

Программа подсчета таблиц формы 16 предназначена для

* формирования на основании оперативных данных из БТП ежесуточных сводок движения больных и коек стационара, отчетов за месяц, квартал, полугодие, 9 месяцев и год;
* ведения Журнала поступлений в клинику (стандартный журнал, ведущийся в каждой клинике кабинетом медстатистики - в нем регистрируют ФИО каждого поступившего в стационар клиники, дату поступления и отделение, куда поступил, даты переводов и отделения, куда переведен, а также дата и причина выбытия больного из стационара).

Помимо этого, данная программа обеспечивает пользователей возможностью

* проверять внесенные в БТП оперативные данные о движении больных и коек в стационаре,
* находить и исправлять ошибки, допущенные в данных стационара,
* архивировать прошлогодние сводки и Журнал поступлений,
* просматривать заархивированные сводки и Журнал.

### Расчет и просмотр оперативных сводок Ф16

Технология ведения БТП предусматривает регулярный оперативный ввод информации о поступлениях, переводах и выбытиях больных из стационара, немедленное пополнение Журнала поступлений и немедленный подсчет сводок по Ф16.

Формирование текущей сводки за сутки выполняется в соответствующем режиме «Формирование суточных сводок и отчетов». **В этом режиме программа подсчета текущих сводок Ф16 использует только данные БТП.** Выполняя подсчет, программа сверяет полученную сводку по каждому отделению, профилю коек (если используется) и клинике в целом с аналогичными сводками за предыдущие сутки. Если выявляются противоречия, то оператор получает сообщение об этом.

☝ ВНИМАНИЕ! Первый запуск режима формирования суточной сводки всегда сопровождается предупреждением об отсутствии сводки за предыдущие сутки, что нормально. В этом случае необходимо нажать **<A>** (т.е. «"да" для аналогичных вопросов по каждому отделению») в ответ на сообщение программы. Впоследствии такое предупреждение может возникнуть только если при подсчете сводок будет пропущена какая-либо дата (например, выходной день). В этом случае сделайте сводку за пропущенный день. Аналогичные сообщения программа выдает и при попытке подсчитать отчет за месяц (квартал, год), если при этом обнаруживается отсутствие суточной (месячной, квартальной) сводки, входящей в выбранный период. Такое же сообщение должно возникнуть и тогда, когда Вы заархивировали все сводки за предыдущий отчетный год (см. «Архивирование сводок и отчетов Ф16 за прошедший год») до того момента, когда подсчитали первую сводку за новый год (т.е. не с чем сравнить состояние на начало первых суток нового года), но **так поступать не следует** во избежание ошибок.

Сформированные таблицы можно просмотреть на экране либо распечатать в соответствующем режиме «Таблицы Ф16». Рекомендуется печатать все таблицы в конце отчетного периода (месяца, квартала, года). Для вывода оперативной информации - суточных сводок для администрации и кухни - рекомендуется печатать «Сводную ведомость за число».

### Работа со списками при подсчете таблиц Ф16

Просмотр списков поступивших и выбывших необходим для проверки совпадения сведений из сводок отделений и талонов приемного покоя, на основании которых в БТП введены данные о движении больных в клинике, а также для занесения этих данных в ЖУРНАЛ ПОСТУПЛЕНИЙ. Просмотр списков выполняется в режиме «Пофамильные списки».

После сверки списка поступивших, переведенных и выбывших за текущую дату, если Вы убедились, что все правильно, нажмите **<F5>** («Регистрация в Журнале поступлений»), и информация о поступлениях, переводах и выбытиях больных будет зарегистрирована в компьютерном ЖУРНАЛЕ ПОСТУПЛЕНИЙ стационара. Подробно работа с Журналом поступлений описана ниже в разделе «Ведение Журнала поступлений в клинику».

☝ Обратите внимание, что до входа в режим просмотра списков можно при помощи **<F3>** изменить базу, из которой формируются списки. Т.е. просматривать можно как списки по текущим поступлениям (база БТП), так и архивные данные (база АРХИВ), или же последнюю выборку, сформированную в процессе пересчета таблиц Ф16 за некоторый интервал времени (база Последняя выборка БТП + АРХИВ).

☝ ВНИМАНИЕ! Мы не рекомендуем использовать для просмотра «давних» списков базу АРХИВ (разве что по прошествии не менее года), поскольку нередки случаи длительного пребывания больных в клинике. Не исключено, что в списках состоящих в клинике в определенный день, сформированных только на основании АРХИВА, Вы не найдете тех больных, которые поступили в клинику в указанный день или до этого, но все еще не выбыли из стационара, а следовательно, информация о них еще не была перенесена в АРХИВ.

Как правило «давние» списки требуются в тех случаях, когда пересчитываются сводки Ф16 за некоторый прошедший интервал времени и обнаруживаются несоответствия между «сегодняшней» и «вчерашней» сводками. Такое несоответствие свидетельствует о некорректностях в данных стационара за указанные сутки. Просмотр списков состоящих на начало «сегодня» и поступивших и выбывших «вчера» и сличение этих списков с данными из Журнала поступлений в клинику, который ведется в каждом стационаре в кабинете медстатистики, или с бумажными сводками, подаваемыми в кабинет статистики из отделений, обычно позволяет обнаружить допущенные ошибки.

Иногда бывает достаточно только просмотреть список, и обнаруживается наличие т.н. «двойника», т.е. одного и того же больного, находящегося одновременно и в АРХИВЕ и в БТП, имеющего одинаковые ФИО и записи стационара, *но различные идентификаторы*. Такая ситуация, вызванная некорректными действиями администратора БКР нередко возникала на первых порах в УкрНИИОР.

🕱 СЛУЧАЙ ИЗ ЖИЗНИ (лучше почитайте, у Вас тоже такое возможно)! Например, при переносе историй болезней в компьютерный Архив некоторый больной Х был ошибочно идентифицирован как новое поступление больного Y (Х и Y были однофамильцами). Впоследствии ошибка была обнаружена, истории болезней больных Х и Y были разделены и подкорректированы в компьютерном Архиве, идентификатор истории болезни Х был изменен, но администратор забыл о том, что запись о больном удаляется из БТП только после окончательного довнесения данных его истории болезни в Архиве и печати выписки. **Но** поскольку в момент идентификации данные больного Х получили идентификатор больного Y, то во-первых, на больного Х не будет напечатана выписка и, как следствие этого, он, во‑вторых, не будет удален из БТП. В-третьих, он будет находится в БТП с идентификатором больного Y, но с данными стационара больного Х, а это означает, что при любом пересчете сводок по стационару за интервал, охватывающий даты поступления и выбытия больного Х, этот больной будет считаться дважды (один раз он будет взят из Архива как больной Х, а другой - из БТП как больной Y). Определить тот факт, что этот больной имеет неверный идентификатор в БТП, позволяет только просмотр списка поступивших в день поступления больного Х в клинику. В списке будут перечислены два больных с одинаковыми фамилиями, но разными идентификаторами. (Естественно, такую ситуацию надо отличать от случаев, когда в отделении действительно находятся два однофамильца.) Правильным действием администратора было бы немедленно (после разделения историй Х и Y и корректировки их данных в компьютерном Архиве) удалить больного Х из БТП вручную, позаботившись о печати его выписки.

Строго придерживайтесь технологии ведения БКР, описанной в нашем руководстве, и Вы не попадете в подобную ситуацию.

### Если при подсчете Ф16 обнаружились ошибки в данных

В ходе формирования сводок нередки случаи возникновения конфликтных ситуаций вследствие ошибок, допущенных при вводе и корректировке информации о больных, а именно, вызванных следующими действиями:

1. указанием неверных дат поступления, перевода либо выписки больных;
2. неправильным вводом переводов больных внутри клиники;
3. некорректными действиями Администратора при исправлении ранее допущенных ошибок:

* наличием в БТП и/или в Архиве *дублирующихся данных* об одном и том же больном под *разными идентификаторами*. Это бывает обусловлено ошибочным соединением данных о разных больных в одну Историю болезни в момент идентификации выбывшего больного для Архива историй болезни либо другим нарушением технологии ведения БКР.
* наличием в БТП и Архиве *разных данных* об одном и том же больном *под одинаковыми идентификаторами*. При этом, как правило, идентификатор больного в БТП уже полный, т.е. первые две цифры идентификатора не «00». Это обычно следствие ошибочной выписки и неправильного последующего восстановления больного в стационаре.

Чаще всего такие ошибки обнаруживаются на этапе сверки свежеформируемой сводки со вчерашней или при сверке «сегодняшней» и «вчерашней» сводок при пересчете Ф16 за некоторый интервал времени. Программа сообщает об этом и предлагает прекратить подсчет до исправления ошибок.

Наиболее часто случаются следующие ошибки:

1. количество состоящих на конец суток меньше количества состоящих на начало следующих суток: как правило, такое бывает, если дата выбытия больного не больше даты поступления или же дата перевода из отделения меньше даты перевода в другое отделение;
2. количество состоящих на конец суток больше количества состоящих на начало следующих суток; такое бывает, если:

* дата перевода из отделения больше «той же» даты перевода в другое отделение стационара.
* находящиеся в БТП данные больного, состоящего в стационаре, не совпадают с данными этого же больного, находящимися в Архиве.

Причиной появления этих ошибок могут быть и другие погрешности в работе с БТП, одна из таких ситуаций подробно разобрана в разделе «Работа со списками при подсчете таблиц Ф16» данной главы (см.также раздел «Обработка нестандартных ситуаций в БТП»). Но описать здесь все вероятные причины не представляется возможным. Строго придерживаясь всех правил ведения системы БКР, Вы избегаете множества хлопот по установлению причин расхождений в оперативных сводках и отчетах и восстановлению правильных данных. Тем более, что эти правила обоснованны давно существующей бумажной технологией.

При поиске ошибок в БТП нужно пользоваться режимом вывода на экран списков поступивших, выбывших или состоящих в стационаре на указанную дату больных (см. раздел «Работа со списками при подсчете таблиц Ф16»). Сверяя данные Журнала поступлений или бумажных контрольных талонов или сводок из отделений и списки, ошибку найти достаточно несложно, при обязательном условии, что Журнал поступлений заполнялся без отклонений от принятой технологии его ведения.

### Пересчет сводок в случае корректировки данных стационара

Корректировку дат либо другие изменения в данных стационара (изменение отделений или профилей коек) выполняют в режиме работы с текущими поступлениями или с данными Архива, но затем обязательно повторяют подсчет сводки Ф16. Поскольку после внесения изменений нужно менять ранее сделанные сводки, то для этого пользуются режимом «Пересчет сводок и отчетов за временной интервал». Начальной датой этого интервала должна быть задана дата, соответствующая наиболее раннему изменению в данных, а конечной - текущая дата.

При пересчете программа делает выборку за указанный интервал данных как из БТП (т.е. выбирает информацию о находящихся в стационаре больных), так и из Архива (т.е. сведения об уже выбывших из стационара больных). Если в интервал пересчета попадают границы месяца, квартала и т.п., то отчеты за эти периоды будут также автоматически пересчитаны.

После пересчета можно просмотреть соответствующие списки поступивших, выбывших или состоявших в стационаре за дату, входящую в заданный интервал. Для этого нужно находясь в главном меню программы учета движения больных нажать **<F3>** («изменить базу») и установить текущую строку на «БТП+АРХИВ ИБ», а затем войти в режим просмотра списков. При этом в заголовке меню будет указание «Пофамильные списки из ⮚ Последняя выборка БТП + АРХИВ ИБ⮘«.

☝ ВНИМАНИЕ! Бывает, что при пересчете сводок за временной интервал обнаруживаются новые несоответствия в данных. Они могли появиться, если кто-либо корректировал даты в записях стационара на РМ или в АРХИВЕ, не позаботившись о пересчете сводок. (*О пересчете следует помнить всякий раз, когда Вы корректируете данные стационара в БТП либо не в БТП*!) В такой ситуации нужно поднимать Журнал поступлений и выбытий стационара и с помощью режима просмотра пофамильных списков поступивших, выбывших или состоявших в стационаре (не забудьте перейти на выборку «БТП+АРХИВ ИБ»!) искать допущенную ошибку.

Пересчет данных может понадобиться и в такой ситуации, когда, например, отметки о выбытии больных из стационара делают в тот же день (сегодня за сегодня), а информацию о поступлениях и переводах заносят в регистр на следующий день (сегодня за вчера). При этом бывает, что оператор уносит выбывшего на РМ, вводит его историю болезни и приносит назад, успев сделать выписку из ИБ, что в условиях принятой компьютерной технологии обработки ИБ влечет за собой полное удаление информации о таком больном из БТП. Тогда на следующий день, когда после занесения свежей информации о поступлениях и переводах будут формировать сводку за вчера, такой больной в сводку не попадет, поскольку информация о нем уже полностью перенесена в АРХИВ. Пересчет «найдет» его в АРХИВЕ. Однако желательно, чтобы подобных ситуаций не возникало, и для этого нужно:

1. вводить все данные - выбытия, а также переводы и поступления - в один и тот же день (сегодня за вчера), или
2. не начинать ввод полных историй болезней выбывших из стационара больных (даже не разносить их по РМ) до момента формирования сводки Ф16 за дату их выбытия, т.е. до следующего дня.

### Архивирование сводок и отчетов Ф16 за прошедший год; использование архивных файлов Ф16

По истечении отчетного года рекомендуем все сводки и отчеты Ф16 перенести в архивный файл (F16\_ARCH*.DBF*), чтобы не захламлять соответствующий файл БКР (F16*.DBF*), что обычно сказывается на быстродействии программы подсчета сводок. Для этого в программе ***F16.EXE*** имеется режим «Архивация записей Ф16 за прошедший год».

Если после переноса сводок и отчетов в архивный файл Вам понадобится их увидеть - Вы сможете это сделать: после нажатия **<F4>** режим «Таблицы Ф16» будет настроен на архивный файл, о чем свидетельствует заголовок меню «Таблицы Ф16 (Архивные таблицы)». После просмотра заархивированных таблиц возвращение в файл с текущими сводками выполняется повторным нажатием **<F4>**.

## Ведение Журнала поступлений в клинику

Журнал поступлений (в дальнейшем ЖУРНАЛ) - принятый для ведения в кабинете медстатистики клиники документ, в котором регистрируются ФИО и даты поступлений, переводов и выбытий пациентов клиники по каждому ее отделению. В рамках системы БКР имеется возможность избежать ежедневного ручного заполнения этого документа, копируя эту информацию из свежевведенных данных БТП.

(В общем-то, Вы можете и не вести этот журнал, но тогда Вам все равно нужно вести любой другой бумажный документ, отражающий движение больных в стационаре, поскольку в клинике неминуемо время от времени возникают спорные ситуации, требующие сличения данных о поступлениях больных в стационар. )

### Регистрация выбытий из стационара и переводов из отделений или с коек другого профиля в Журнале поступлений

Регистрация выбытий из стационара или переводов из отделений и/или с коек другого профиля (если в данной конфигурации БКР поддерживается учет профилей коек) в ЖУРНАЛЕ производится из режима **просмотра списка выбывших и переведенных из** отделений (и/или с коек другого профиля), после сопоставления его со списками, переданными из отделений, путем нажатия клавиши **<F5>**. При этом в файле ЖУРНАЛА программой отыскиваются соответствующие записи поступлений больных и в них из текущего списка переносятся: дата выбытия (перевода) и ссылка на отделение и/или профиль койки, куда был переведен больной (для переведенных) или причина выбытия (для выбывших из стационара).

Регистрировать выбытия в ЖУРНАЛЕ можно как из списков выбывших из каждого отделения, так и из общего списка «выбывших/переведенных из...» по клинике. В общий список «выбывших/переведенных из/с...» для всей клиники включаются как выбытия из стационара, так и переводы из отделений и/или с коек других профилей, что позволяет не «бегая» по спискам разных отделений занести в ЖУРНАЛ выбытия и переводы из... по всей клинике сразу.

☝ **Обратите особое внимание на то,** что переведенным внутри клиники больным необходимо **сперва «выбыть»** из того отделения и/или с койки того профиля, где они прежде находились, т.е. Вам нужно всегда вначале зайти в списки «переведенных из/с...» и зарегистрировать переводы из отделений и/или с коек других профилей, **и только затем уже регистрировать их поступления** в другие отделения и/или на койки других профилей из списка «переведенных в/на...».

Если при регистрации выбытий и переводов из... в ЖУРНАЛЕ обнаружились ошибки или попытки занести в ЖУРНАЛ повторно уже содержащиеся в нем записи, то сообщения об этом появятся на экране, но те записи, которые могут нарушить логику ведения ЖУРНАЛА, перенесены в ЖУРНАЛ **не будут**. После исправления ошибок Вы можете безболезненно повторить перенос в ЖУРНАЛ этого списка и в ЖУРНАЛ будут дополнены недостающие данные.

### Регистрация поступлений в стационар и переводов в отделения (или на койки другого профиля) в Журнале поступлений

Регистрация в Журнале поступлений поступивших в стационар и переведенных в другие отделения и/или на койки другого профиля (если в данной конфигурации БКР поддерживается учет профилей коек) больных производится в режиме просмотра списка из БТП поступивших и переведенных в отделение и/или на койку другого профиля, после сопоставления этого списка со списками, предоставленными из отделений. Убедившись, что нет никаких разногласий в списках, больных регистрируют в ЖУРНАЛЕ путем нажатия клавиши **<F5>.** При этом в файл ЖУРНАЛА из текущего списка переносятся: идентификатор больного в БТП (совпадающий с номером его Истории болезни), фамилия, имя, отчество больного, код отделения, куда он поступил или переведен, код профиля койки, на которую он поступил или переведен (если используется в Вашем регистре), дата поступления и ссылка на отделение (и/или профиль койки), откуда был переведен больной (для переведенных).

Регистрировать поступления в ЖУРНАЛЕ можно как из списков поступивших в каждое отделение, так и из общего списка поступивших в клинику. В общий список «поступивших и переведенных в/на ...» для всей клиники включаются как поступления в стационар, так и переводы в отделения и/или на койки других профилей, что позволяет не «бегая» по спискам разных отделений занести в ЖУРНАЛ поступления и переводы по всей клинике сразу. ☝ **Обратите особое внимание** на то, что переведенным внутри клиники больным сперва необходимо «выбыть» из того отделения и/или с койки того профиля, где они прежде находились, т.е. Вам нужно вначале зайти в списки «переведенных из/с ...» и зарегистрировать переводы из отделений и/или с коек других профилей.

☝ ВНИМАНИЕ! Если при регистрации поступлений в ЖУРНАЛЕ обнаружились ошибки или попытки занести в ЖУРНАЛ повторно уже содержащиеся в нем записи, то сообщения об этом появятся на экране, а данные, которые могут нарушить логику ведения ЖУРНАЛА, перенесены в ЖУРНАЛ **не будут**. После исправления ошибок Вы можете безболезненно повторить перенос в ЖУРНАЛ этого списка и в ЖУРНАЛ будут дополнены недостающие данные.

☝ ВНИМАНИЕ! Технология ведения ЖУРНАЛА предусматривает регистрацию в ЖУРНАЛЕ **только свежих данных о поступлениях и выбытиях** из БТП. Если в списках выбывших окажется больной, уже отобранный для переноса на РМ для ввода (т.е. с полным идентификатором), то он **не будет зарегистрирован** в ЖУРНАЛЕ!

### Просмотр, корректировка и распечатка записей Журнала поступлений

Просматривать ЖУРНАЛ можно в любом удобном Вам порядке: разбивая на отделения (и профили коек), в порядке убывания дат поступления, в порядке убывания дат выбытия, в алфавитном порядке (нажатием первой буквы искомой фамилии).

Создание бумажной копии ЖУРНАЛА можно сделать в любой момент времени. Распечатаются записи с датой поступления соответствующей указанному месяцу. Рекомендуем делать распечатку ЖУРНАЛА в начале нового года, когда все поступления за предыдущий год уже имеют дату выбытия и могут быть перенесены в архивный Журнал поступлений после создания их бумажной копии. (Можно и не печатать вовсе. Ведь ЖУРНАЛ – это Ваш рабочий документ.)

Корректировка ЖУРНАЛА допускается только в тех случаях, когда обнаруживается, что из приемного покоя или из отделения поступила неверная информация (или ошиблись Вы). Исправлять можно любое поле ЖУРНАЛА.

☝ Обязательно убедитесь, что после корректировки **информация в ЖУРНАЛЕ и в реальных данных (БТП и/или Архива)** совпадает, в противном случае ведение ЖУРНАЛА бессмысленно!

Если в процессе редактирования любого из полей ЖУРНАЛА, вы решили отказаться от сделанного изменения, нажмите <Esc>, и поле **восстановит свое первоначальное значение**. При изменении даты, фамилии или идентификатора происходит **переупорядочение данных на экране** в соответствии с выбранным порядком просмотра.

### Архивирование записей Журнала поступлений за прошедший год

Поскольку нумерация историй болезни (а следовательно, и идентификаторы в БТП) начинается заново с начала года, то ЖУРНАЛ поступлений в начале года необходимо очищать от прошлогодних записей. Для этого предназначен режим «Перенос записей в архив» Журнала поступлений. При этом все записи поступления за предыдущий год, уже имеющие дату выбытия, переносятся в архивный файл Журнала поступлений. Перед этим можно создать их бумажную копию. Процедура архивирования ЖУРНАЛА производит копирование записей поступлений за указанный год из файла F16ZURN*.DBF* в архивный файл F16Z\_ARC*.DBF* с последующим удалением этих записей в действующем ЖУРНАЛЕ.

☝ Записи о больных, поступивших, но еще не выбывших в минувшем году, остаются в ЖУРНАЛЕ после его архивирования в начале года, ожидая занесения информации о выбытии. Поскольку рано или поздно наступает момент, когда поступает новый больной с таким же номером истории болезни, т.е. идентификатор (номер истории болезни) повторяется уже в текущем году, то возникает необходимость удалять уже к этому времени выписанных прошлогодних больных из ЖУРНАЛА. Для перенесения одиночных записей из ЖУРНАЛА в архивный файл в режиме корректировки ЖУРНАЛА имеется клавиша **<F6>**.

## Контроль за приходом историй болезни

После выбытия больного из стационара его история болезни должна рано или поздно быть получена для ее ввода в регистр. (Если история болезни задержана, то невозможно получить корректные таблицы деятельности стационара за необходимый интервал времени, распечатать выписку и т.д.) Оперативный контроль за приходом историй болезни также позволяет избежать их потери и является составной частью технологии ведения больничного канцер-регистра.

Если отмечено выбытие больного из стационара (по сводке из отделения), то в БКР он автоматически становится «Ожидающим прихода истории болезни данного поступления» (это значение специального флага состояния информации о больном в БКР). Дальнейшая работа с ним производится только после прихода истории.

Для получения списков ожидающих прихода ИБ воспользуйтесь клавишей **<Shift\_F9>** в режиме «Администратор БТП». Список ожидающих прихода ИБ формируется по отделениям и хранится в файлах **O\_BTP\_nn.TXT** в каталоге **TEXT** (см. разделение БКР по каталогам), где nn - номер соответствующего отделения. В списке указаны даты выбытия больных из стационара – поэтому Вам несложно будет отследить «штрафников», задерживающих своевременное оформление документации о больном. ☝ Рекомендуем администраторам БКР регулярно использовать этот режим, особенно на первых порах внедрения БКР, - это поможет Вам навести порядок в поступлении историй болезни из отделений.

## Обработка прихода истории болезни

### Для чего нужен режим переноса данных о больном из БТП в архив

После выписки больного из стационара нужно получить его бумажную историю болезни, а затем добавить в компьютерный АРХИВ сведения из нее о диагнозе, проведенном лечении больного и т.д. Для этого, естественно, вначале нужно найти сведения о больном в электронном АРХИВЕ, если это его повторная госпитализация, или добавить его в компьютерный АРХИВ, если больной поступил в ваш стационар впервые («первичный больной»). Для проведения этого действия служит кнопка **<F7>** - «Перенос в АРХИВ» (только находясь в списке «Выбывших из стационара больных»!). При ее нажатии программа проводит поиск текущего по списку больного в компьютерном АРХИВЕ по его фамилии (для этого используются первые три буквы фамилии и инициалы). Поиск автоматически проводится даже в тех случаях, когда Вам кажется, что больной первичный - на всякий случай. При этом можно просмотреть более подробные данные найденных больных (нажать **<F3>** на интересующем Вас больном из списка однофамильцев), и если обнаружены предыдущие госпитализации именно выписанного больного - **выбрать его** из списка нажатием кнопки **<Enter>.** Для первичных больных, а также тех, сведения о которых в компьютерном АРХИВЕ отсутствуют, нужно указать, что они будут числиться **впервые поступившими**.

Процедура переноса из БТП в АРХИВ добавляет сведения о повторном поступлении в стационар больного, а для первичного заводит соответствующие записи в электронном АРХИВЕ и присваивает ему идентификатор. При выполнении этого действия у больного **обязательно изменяется идентификатор в БТП**: повторному больному присваивается его идентификатор БКР, совпадающий с тем, который уже есть у него в компьютерном АРХИВЕ. Для первичного больного этот идентификатор вычисляется как «год первого поступления» + «-» + «номер первой истории болезни» (например, «95-0008» или «9500008» - если предусмотрен 5-значный идентификатор для данной конфигурации БКР). **Идентификатор каждого больного обязан быть уникальным**. При переносе данных о больном из БТП в АРХИВ полезно проверить правильность его паспортных данных. **При ошибке в паспортных данных (в первых 3х буквах фамилии или инициалах имени и отчества) карточка повторного больного в АРХИВе найдена не будет!**

Существует также возможность конфигурировать систему БКР таким образом, чтобы присваивать идентификатор АРХИВА первичным больным **на основании номера амбулаторной карты**. Это целесообразно только тогда, когда номер амбулаторной карты проставляется ВСЕМ больным в БТП и при этом **никогда не дублируется**.

☝ ВНИМАНИЕ! Нельзя менять в БТП идентификатор тех больных, у которых первые две цифры идентификатора не «00». Такое изменение может привести к потере данных о больном при переносе на рабочее место для ввода, печати выписки и т.п. Также не стоит удалять из БТП данные о таких больных, если Вы не уверены, что это совершенно необходимо.

### Где найти выбывших больных

Выбывшие из стационара (выписанные, переведенные в другой стационар и умершие) больные находятся в списках выбывших из стационара до тех пор, пока в БКР не придет их история болезни. С ними можно работать, выбрав режим «Выбывшие из стационара». При возникновении необходимости исправления каких-либо данных у этих больных, это можно сделать так же, как и для пребывающих в стационаре больных, перейдя в них с помощью клавиши **<Enter>** (получив предупреждение о том, что вообще-то это нарушение технологии). Например, это бывает необходимо, если не сходится форма 16 и Вы исправляете причину этого, при ошибке в паспортных данных и т.п.

Когда приходит история болезни больного, Вы получаете возможность

* проверить уже введенные сведения о его последней госпитализации в стационаре,
* установить первичность или повторность данного больного,
* добавить записи о его последней госпитализации в АРХИВ и доввести все его данные из истории болезни на рабочем месте.

### Перенос в архив как результат прихода истории болезни

Получив ИБ выбывшего из клиники, нужно найти этого больного в списках выбывших из стационара. С помощью клавиши **<F3>** просмотрите паспортные данные и даты поступления в/перевода/выбытия из отделения стационара. После нахождения соответствующей пришедшей истории болезни записи госпитализации больного, если нет расхождений – нажмите клавишу **<F7>** - «Перенести в АРХИВ».

☝ ВНИМАНИЕ! **Если есть расхождения** в датах поступления, переводов и выбытия из стационара, кодах отделений и профилей коек, то желательно уточнить эти даты в клинике и учесть, что по этим датам уже были подсчитаны сводки Ф16 и эти даты занесены в Журнал поступлений. При необходимости нужно произвести корректировку этих данных, а после этого ­– обязательно сделать пересчет сводок Ф16 и корректировку Журнала поступлений (см. описание соответствующих режимов).

☝ ВНИМАНИЕ! **Применение разбивки по отделениям при поиске выбывшего больного не рекомендуется**, **если** приход историй болезни из отделений к вам **задерживается** (не происходит в день выбытия больного из стационара). Так бывает, например, если после операции первичного больного не переводят в другое отделение на химиотерапию и т.п., а выписывают и сразу оформляют новое поступление в другое отделение. Поскольку патогистологическое заключение после хирургии готово не сразу, историю задерживают для оформления заключительного диагноза. И пока задержанная в хирургическом отделении история не пришла, приходит история следующей госпитализации, которую определяют как первичную, присваивают больному соответствующий этой истории идентификатор и т.д. Это впоследствии приводит к необходимости менять в электронной истории больного не только номера и порядок госпитализаций, соответствующих лечений и т.д., но и идентификатор (так, чтобы он соответствовал номеру истории первой госпитализации в вашем стационаре). Потому перед заходом в список «Выбывших из стационара» выберите в меню «Списки по отделениям» пункт «**ВСЕ ОТДЕЛЕНИЯ**». Только тут вы сможете увидеть все те госпитализации больного, которые ожидают прихода истории болезни, и выбрать запись, соответствующую пришедшей истории.

### Определение первичности/повторности больного (с помощью поиска по фамилии или по идентификатору)

При переносе в АРХИВ программой проводится автоматический поиск по фамилии в данных компьютерного АРХИВА и выдается список больных, у которых первые три буквы фамилии и инициалы совпадают с фамилией из БТП. Более подробно сведения об этих больных также можно просматривать с помощью **<F3>**, стоя на интересующей Вас фамилии. Если Вы нашли в этом списке искомого больного, перейдите на него и нажмите клавишу **<Enter>.** Если Вы подтвердите, что это повторное поступление найденного больного, то в АРХИВ будут добавлены сведения из БТП о его последней госпитализации, а в БТП больному будет присвоен его идентификатор из АРХИВА. Если в списке найденных нет соответствующего искомому больного, нажмите **<Esc>.**

Если Вы хотите, чтобы данный больной считался первичным, то для него будет создана карточка в АРХИВЕ, а идентификатор для него будет сформирован автоматически как «год\_первичного\_поступления» + «-» + «номер\_первичной\_ИБ», например: «95-0001», или же как номер амбулаторной карты (в зависимости от установок БКР - см. «Файл конфигурации»).

Если количество госпитализаций за год в вашем стационаре превышает 9999, то придется переходить на идентификатор вида «9500001» (с пятизначным номером истории болезни). Для этого у нас есть специальная утилита (отдельная программа), приводящая все идентификаторы к указанному виду (связывайтесь с нами). Кроме того, нужно изменить переменную конфигурации «Поддержка пятизначного идентификатора» (см. раздел «Файл конфигурации»).

☝ **Примечание**: начиная с 2000 года «год\_первичного\_поступления» в идентификаторе формируется с буквами латинского алфавита: от А0 до А9 – для 2000-2009 гг., от В0 до В9 – для 2010-2019 гг., от С0 до С9 – для 2020-2029 гг., …

Если Вы только начинаете работу с системой БКР и данных в электронном архиве нет, то естественно, что всех больных придется считать первичными независимо от их реальных предыдущих госпитализаций. Если же Вы уверены, что в АРХИВЕ должны быть данные о больном (он повторный), а в списке найденных его нет, то это может говорить об ошибке, например, в написании фамилии. **☝** ВНИМАНИЕ! В таком случае не считайте больного ни первичным, ни повторным до выяснения, и попытайтесь найти его в АРХИВЕ, например, с помощью программы ПОИСКА (пользуясь для этого другими - не ФИО - его признаками: дата рождения, место жительства, диагноз и т.п.) и разобраться, в чем дело.

Часто встречаются ситуации, связанные с **изменением фамилии**. Например, больная Иванова, сведения о которой хранятся в электронном АРХИВЕ, вышла замуж и изменила фамилию. В следующую госпитализацию она зарегистрирована в приемном покое как Швондер. После ее выписки из стационара данные о ее предыдущих госпитализациях в стационаре могут быть найдены только в результате поиска по девичьей фамилии или по идентификатору АРХИВА, если он был отмечен, например, на амбулаторной карте больной.

* Для тех случаев, когда идентифицировать больного можно по его предыдущей (девичьей) фамилии, используйте клавишу **<Alt\_F7>.**
* Если известен идентификатор АРХИВА больного, используйте **<Ctrl\_F7>.**

После идентификации больного его паспортные данные (ФИО, адрес, место жительства и пр.) для повторных больных могут как записываться поверх имеющихся в АРХИВЕ (как более свежие), так и сохраняться данные из АРХИВА (как более достоверные). Что для вас лучше – зависит от того, насколько Вы доверяете поступающей из приемного покоя или отделений информации, и может также быть указано в файле конфигурации (см.переменную конфигурации ARH\_FIO выше в разделе «Файл конфигурации»).

☝ ВНИМАНИЕ! Больные, для которых уже установлена первичность/повторность, имеют в БТП полный идентификатор АРХИВА (не «00-....») и существуют одновременно и в БТП, и в АРХИВЕ. Поэтому у них нельзя изменять идентификаторы даже в режиме Администратора, т.к. больной может «потеряться»! (См. ниже раздел «Обработка нестандартных ситуаций в БТП».)

Для больных с уже полным идентификатором АРХИВА та же процедура предложит Вам выбрать рабочее место для ввода этого больного - в соответствии с разделением труда между медрегистраторами. Больные, для которых выбрано рабочее место, исчезают из списков выбывших из стационара – теперь они «ожидают переноса на РМ» для ввода. Все больные в БТП, не выбранные на рабочее место, будут и дальше пребывать в списке «Выбывшие из стационара», но при этом иметь полный идентификатор. При возникновении возможности ввода их историй болезни Вы можете распределить их по рабочим местам все той же клавишей **<F7>**.

☝ Еще раз ВНИМАНИЕ! Бессмысленно исправлять в БТП любые данные больных с полным идентификатором АРХИВА! Форма 16, не говоря обо всех остальных, при пересчете учитывает таких больных на основании данных из АРХИВА. Если больной в этот момент уже отбран для ввода на РМ, то нужно исправлять данные там, поскольку по окончании ввода на РМ и переноса данных о больном в АРХИВ **введенные на РМ сведения заместят данные из АРХИВА**.

## Обработка нестандартных ситуаций в БТП

### Возможности режима «Администратор»

Для обработки нестандартных ситуаций - таких, как ошибочная регистрация выбытия больного, существует режим Администратора БТП. В нем Вы можете:

* удалить больного (**<F8>**),
* изменить ему идентификатор (**<Shift\_F8>**),
* изменить его специальный флаг состояния (**<F7**>).
* Кроме этого, Вы можете получить информацию о состоянии БТП (**<F9>**),
* получить пофамильные списки состояния БТП (**<Shift\_F9>)**.

Не путайте информацию о состоянии БТП с суточными сводками Ф16! Эта информация должна совпадать количественно с текущей Ф16 только по количеству пребывающих в стационаре. Кроме этого, информация о состоянии БТП включает количественные сведения о больных, ожидающих прихода истории, ожидающих переноса для ввода, вводящихся на рабочих местах и ожидающих распечатки выписки – т.е. обо всех этапах обработки текущих поступлений в стационар.

По клавише **<Shift\_F9>** можно получить следующие **пофамильные списки**: «*пребывающих в стационаре»* (должны совпадать с полученными в программе учета движения больных по Ф16 списками состоящих на начало **текущих** суток), «*ожидающих прихода ИБ»* – для контроля задержанных историй болезни, «*вводящихся на РМ»* и «*ожидающих переноса на РМ для ввода», «ожидающих прихода патогистологического заключения (ПГЗ)»* (только если в Переменных конфигурации вашего БКР флаг «Печатать выписку без № гист.заключения?» установлен в «Нет»)*.* Все эти списки следует использовать для контроля за движением информации о вводящихся историях болезни в БКР. Есть также «*общий список находящихся в БТП»*, который можно использовать для обработки нештатных ситуаций.

В режиме Администратора видны все данные о больных из БТП, без учета их специальных флагов состояния и разбивки по отделениям. Для облегчения поиска больных списки на экране можно переупорядочивать с помощью клавиши **<Shift\_F7>.**

☝ ВНИМАНИЕ ! Будьте особенно осторожны при изменении в БТП идентификаторов и специальных флагов состояния для больных с полным идентификатором АРХИВА (не «00-....»)! Для таких больных БТП хранит сведения о том, что они вводятся или переносятся для ввода. Идентификатор и флаг состояния у них связан с идентификатором в АРХИВЕ и на рабочем месте. Если все таки это нужно, изменяйте идентификатор только в АРХИВЕ и только по окончании распечатки выписки на такого больного, поскольку именно в этот момент его данные будут находиться только там и нигде больше.

### Почему не нужно исправлять в БТП данные о больных с полным идентификатором АРХИВА (не «00‑.....»)

Бессмысленно исправлять для таких больных какую-либо информацию в БТП, за исключением случаев, когда больной выписан по ошибке (тогда см.следующие разделы). После окончания технологического цикла (в норме это момент печати выписки) информация о больном все равно будет удалена из БТП, а для печати выписок, расчета таблиц (кроме оперативных сводок формы 16) и т.п. все равно используются данные АРХИВА, а не БТП. Если, например, при вводе на рабочем месте обнаружены ошибки в фамилии, датах и т.п. – исправьте их там, закончите ввод информации, выполните проверку и сбросьте данные в АРХИВ, не дублируя эти действия в БТП.

Только при необходимости (если изменялись даты стационара, код отделения или профиля койки, флаги перевода/выбытия из стационара) пересчитайте после этого суточные сводки Ф16 за временной интервал. И не забудьте сделать аналогичные поправки в Журнале поступлений!

### Ошибочная выписка больного

Что делать, если ошибочно выписан не тот больной? Не огорчайтесь! Выберите режим «Администратор». Найдите ошибочно выписанного больного. С помощью клавиши <Enter> перейдите в его записи стационара. Заполните нулями его дату и причину выбытия в последней записи стационара. Вернитесь в список больных режима Администратора и с помощью клавиши <F7> измените ему флаг состояния с «Ожидает прихода истории болезни» на «Находится в стационаре». После этого больной снова появится в своем отделении в списках пребывающих в стационаре.

☝ ВНИМАНИЕ! Если такая ошибка обнаружена немедленно при вводе свежих данных (до формирования сводки Ф16 и регистрации больных в Журнале поступлений), то ограничьтесь вышеописанным. В противном случае описанная выше процедура должна быть дополнена пересчетом Ф16 и корректировкой Журнала поступлений (см. описание соответствующего режима)

### Ошибочная выписка и перенос больного в АРХИВ

Ну что ж, Вы добавили себе хлопот. Мало того, что нужно произвести те же действия, что и в предыдущей ситуации. Но при этом нужно учесть, что в АРХИВ уже скопированы данные об этой госпитализации в стационаре этого больного (даты, отделения и т.п.). Таким образом, Вам необходимо удалить из базы Стационар в АРХИВЕ записи , относящиеся к данному поступлению больного (если он первичный – удалить все сведения о нем, включая и Паспортные данные).

Мало того, идентификатор больного сейчас уже полный - он был присвоен в момент переноса в АРХИВ. И при этом либо был присвоен тот идентификатор, который уже имел этот больной в АРХИВЕ – если он поступал повторно, либо полный идентификатор совпадает с тем, который у него был в БТП, но с замещением первых двух цифр «00» на соответствующий код текущего года (все это описано в разделе «Обработка прихода истории болезни») – если это первичное поступление.

Вам нужно еще и восстановить тот идентификатор, который имел этот больной в БТП до момента переноса в АРХИВ. Для первичного это сделать просто – заменить первые две цифры на «00». Для повторного придется потрудиться еще: либо восстановить идентификатор, исходя из номера его текущей истории болезни (посмотреть в Журнале поступлений, в талоне приемного покоя, узнать в отделении, как угодно еще), – если у Вас в конфигурации БКР заложен именно такой способ присвоения номеров больным в БТП, либо уточнить по тем же источникам какой номер в БТП ему был присвоен автоматически – если Вы сконфигурировали именно этот вариант идентификации больных в БТП Вашего БКР.

Вот теперь Вы можете пересчитать форму 16 и занести соответствующие исправления в Журнал поступлений. Только после этого можно считать, что Ваши данные вернулись в исходное состояние.

### Ошибочная выписка и перенос больного в АРХИВ с последующей передачей на рабочее место

Ну это уже совершенно бредовая ситуация, когда Вы уже якобы получили Историю болезни не выписанного больного. Может быть Вам удалось спутать двух больных с похожими фамилиями и выписать одного вместо другого – другое объяснение такой ситуации трудно представить. Однако, оказалось, бывает и такое.

В этом случае нужно удалить данные об ошибочно выписанном больном из картотеки на рабочем месте. В остальном процедура реанимации сводится к описанной в предыдущем разделе.

🕱 ПРИМЕР (к сожалению, ИЗ ЖИЗНИ): больного Х выписали из стационара (т.е. проделали всю процедуру выписки согласно технологии ведения БТП). После этого больной Х был перенесен в АРХИВ, тем самым он получил полный идентификатор – т.е. первые две цифры идентификатора не «00». Затем спохватились, передумали и перевели его в др.отделение: в режиме Администратора БТП поменяли флаг больного на «Находится в стационаре», сделали перевод больного в др.отделение. Но при этом **ЗАБЫЛИ**, что (1) данные о больном уже попали в АРХИВ, и там этот больной уже имеет дату выписки из стационара, (2) идентификатор больного теперь полный и заменен на тот, который присвоен больному при переносе в АРХИВ.

При пересчете Ф16 программа будет анализировать все записи госпитализаций на предмет попадания в пересчитываемый интервал сначала даты из АРХИВА. Затем, проходя по БТП, она будет сравнивать идентификаторы больных в БТП с уже имеющимися в выборке для пересчета, и те больные, которые уже есть в выборке (т.е.их данные уже взяты в выборку из АРХИВА), естественно, повторно в выборку не переносятся. Такое совпадение идентификаторов возможно только у тех больных, которые уже выбыли из стационара, их данные уже перенесены в АРХИВ, и они ожидают в БТП только момента, когда они будут автоматически исключены из БТП после введения полных данных истории болезни, контроля данных и печати выписки. Поскольку у таких больных может быть не только данная (текущая) госпитализация, но и другие (до этого), соответствующие критерию выборки, то логично брать сразу всю информацию именно в АРХИВЕ.

В данной ситуации мы имеем одинаковый идентификатор, но разные данные стационара (в Архиве и в БТП) у одного и того же больного. Мало того, этот больной в Архиве уже выписан, а в БТП – все еще находится в стационаре. Поэтому в зависимости от того, за какой интервал Вы будете пересчитывать Ф16, Вы будете обнаруживать несовпадения и вряд ли осознаете, откуда их ноги растут. **В списках все будет выглядеть вполне нормально**, поскольку там будет «выбывший» больной с нормальными датами и дублирование его данных в БТП и в Архиве обнаружить (при одинаковом идентификаторе) будет невозможно.

После выписки такого больного из стационара программа даже и не будет пытаться идентифицировать его для переноса в Архив. А это означает, что для довведения данных на РМ будут перенесены именно те записи о больном, которые находятся уже в Архиве – т.е.уже неправильные.

**Поэтому наличие в БТП больного с полным идентификатором, но не выбывшего из стационара, является грубейшим нарушением технологического процесса.**

Правильные действия для восстановления и пересчета данных были описаны выше.

**Контроль данных в БТП**

Контроль данных в БТП выполняется в обязательном порядке при «выходе» из записи о больном. Проверяется правильность кодов, логическая непротиворечивость кодов перевода и дат стационара и некоторые другие моменты. О результатах контроля Вы будете оповещены немедленно.

В БТП можно проводить и тотальный контроль данных всех больных, там находящихся, клавишей **<Shft‑F10>**. После этой процедуры Вы увидите на экране список предупреждений и ошибок в данных. ☝ ВНИМАНИЕ! Полезно проводить такой контроль перед пересчетом Ф16, дабы избежать грубейших ошибочных ситуаций, которые поддаются логическому контролю на уровне данных БТП (**особенно полезно начинающим пользователям БКР**).

## Что архивировать в конце дня

Желательно сделать *.BAT*-файл для выполнения ежедневной архивации, в который включить команды архивирования **всех** файлов следующих подкаталогов из основного каталога БКР:

1. BTP - он содержит всю информацию из БТП;
2. DATA - содержит всю информацию из АРХИВА ИБ;
3. BIN\SPEC\F16 - содержит таблицы Ф16 и Журнал поступлений.

При ежедневном сохранении этих файлов Вы, при незначительных временных затаратах на эту процедуру, **предохраните себя** от весьма значительных затрат времени и нервных клеток для реанимации внезапно погибших в силу различных непредвиденных обстоятельств данных. При наличии возможности сохранять эти архивы на другом **физическом** носителе (жестком диске другого компьютера, дискете, и т.п.) – используйте именно эту возможность. Как Вы должны понимать, ничто не вечно: даже самый лучший компьютер может «рассыпаться».

При нынешних возможностях (объемах флешек, скорости копирования, …) рекомендуем ежедневно копировать всю папку с подкаталогами, программами и файлами БКР (обычно она имеет название HCR). Еще рекомендуем вам делать **копии за три последовательных дня**. Например, сделать три схованки с именами «Пнд/Чтв», «Втр/Птн» и «Среда/Субб», копируя туда ваш БКР в соответствующие дни недели (субботы тоже бывают рабочие). Таким путем вы обезопасите себя дополнительно, т.к. не всегда системніе неполадки в базе данных (напр., потери/удвоение записей, хаос в порядке следования, «козябры» в ФИО и прочие ужасы) обнаруживаются на следующий день. И тогда вы имеете вчерашнюю копию, но с уже поломанными данными, а позавчерашней копии нет – она затерта вчерашней. А так у вас будет хотя бы трехдневный «ассортимент» вашего БКР в том состоянии, когда симптомы потери данных еще не наблюдались. Восстанавливать наработанное за 1-2 дня быстрее, чем за дольший срок.

# ТехнологиЯ распределенного ввода данных истории болезни

## Выделение данных для ввода на РМ

Получив историю болезни последней госпитализации больного, мы должны добавить содержащиеся в ней сведения в его карту, хранящуюся в АРХИВе. Чтобы разгрузить центральную ЭВМ (ЦМ), где хранится БТП, АРХИВ и выполняются расчеты различных оперативных сводок или поисковые функции, данные рекомендуется вводить на отдельных компьютерах - отдельных рабочих местах (РМ).

Процедура выделения данных для ввода на рабочем месте (РМ) совмещена с процедурой переноса данных из БТП в АРХИВ (см. раздел «Обработка прихода истории болезни»). Для того, чтобы пометить данные больного для ввода на некотором РМ, нужно указать ему это РМ при переносе данных о нем из БТП в компьютерный АРХИВ (клавиша **<F7>** режима «Выбывшие из стационара»). Тогда оператор впоследствии сможет забрать данные о «своих» больных на дискету и унести для ввода на свое РМ.

☝ ВНИМАНИЕ ! Унести для ввода на РМ можно только данные больного, уже состоящего в электронном АРХИВЕ, т.е. того, кто имеет в БТП полный идентификатор АРХИВА (не «00-....»). Впоследствии, по окончании ввода на РМ, данные об этом больном будут перенесены обратно в АРХИВ и одновременно помечены в БТП как ожидающие печати выписки. После распечатки выписки они удаляться из БТП. На этом заканчивается цикл обработки текущей госпитализации больного в стационар.

Начиная с версии 2 системы БКР в ней добавлена возможность довведения текущих госпитализаций больных непосредственно в архив - на центральной машине (ЦМ), без переноса на РМ. Для этого при запросе на выбор РМ нужно указать строку «Ввод на центральной машине». Истории болезни таких больных вводят прямо в данные АРХИВА, а после окончания ввода и выполнения проверки данных (по клавише **<F10>** – если это не будет выполнено, то карточки таких больных будут **помечены как «Непроверенные данные»** и расцениваться как содержащие ошибки, а значит – не готовыми к печати, расчетам таблиц, …! ) они также будут помечены в БТП «готовыми для печати выписки».

## Общие принципы переноса данных на рабочее место для ввода и введенных данных – в архив

Ранее выделенные (помеченные в БТП) для ввода на рабочее место данные о больных переносятся в подкаталог БКР с именем RMx\OUT, предназначеный для исходящей информации (для соответствующего рабочего места «х»). **Перенос** – а именно, выбор всех записей электронной карточки больного из АРХИВа – **выполняется с помощью специальной программы передачи**, входящей в комплект поставки БКР. Статус таких записей о больных в БТП при этом действии меняется с «Ожидает переноса на РМх / ЦМ» на статус «Вводится». Затем содержащиеся в указанном каталоге файлы с выделенными данными должны быть физически доставлены любым способом в каталог входящей информации на РМ (в подкаталог с именем In основного каталога БКР на рабочей машине): для этого можно использовать как дискету/флешку, так и сетевое обеспечение, если оно есть.

После этого необходимо выполнить прием данных на РМ с помощью такой же программы передачи, находящейся в подкаталоге BIN на рабочей машине. При этом принесенные с ЦМ карточки больных будут **добавлены** в картотеку рабочего места **к уже** **имеющимся там карточкам других больных**.

Теперь на РМ можно вводить данные из полученных историй болезни. Введенные и обязательно **проверенные (<F10>** выполнено и ошибок в данных нет**)** данные считаются готовыми к возвращению обратно на центральную машину (ЦМ).

Для такого переноса с РМ на ЦМ выполняются аналогичные действия: программа передачи, находящаяся в подкаталоге BIN на рабочей машине, производит выделение данных о больных, отмеченных как проверенные (**<F10>** выполнено и ошибок в данных нет), в подкаталог исходящей информации OUT на РМ. Оттуда их нужно доставить любым способом (например, на дискете) в каталог входящей информации для данного РМ на центральной машине.

После этого нужно запустить программу передачи данных, находящуюся на ЦМ, в режиме приема данных с РМ. При этом данные о больных, содержащиеся в указанном каталоге, будут **замещать** данные об этих больных, которые уже находились в АРХИВЕ. В результате в АРХИВЕ оказываются полные (введенные и проверенные) данные, с которыми можно работать дальше (печатать выписки, рассчитывать таблицы, проводить поиски и т.п.).

Истории, ввод которых на РМ закончен и данные которых проверены (нажатием **<F10>**) и ошибки устранены, ожидают переноса обратно в архив. Если контроль данных сообщил вам об ошибках, то их надо исправлять, иначе история данного больного помечается как «Непроверенные данные» и не может быть перенесена в АРХИВ на ЦМ.

☝ ЗАПОМНИТЕ! **Не обязательно** ввести на РМ все истории и перенести их обратно в архив, чтобы начать вводить новые истории на РМ. Больной может оставаться на РМ до тех пор, пока данные по нему не будут полностью введены и проверены. При этом на РМ можно приносить с ЦМ новые истории болезни (других больных).

Для простоты выполнения этого процесса рекомендуется использовать *.BAT*-файлы, меню FARа или другие возможности операционных систем для последовательного запуска вышеперечисленных операций. С помощью этих средств технология передачи данных на РМ или с РМ становится доступной регистратору и не требует от него специальных знаний даже на уровне копирования файлов на дискету.

Данное здесь подробное описание процесса переноса данных нужно знать Администратору БКР на случай аварийных ситуаций, потерь данных, сбоев сети/чтения дискет/флешек и т.д., или для самостоятельного написания необходимых *.BAT*-файлов.

☝ В комплект поставки БКР входят **уже подготовленные для этих процедур *.BAT*-файлы приема/передачи данных БКР для РМ и ЦМ.** В меню Norton Commander (FARа) мы рекомендуем создать пункты, озаглавленные «Передача данных с ЦМ на РМх» и «Прием данных с РМх на ЦМ», которые помещаются на ЦМ, а также «Прием данных с ЦМ на РМх» и «Передача данных с РМх на ЦМ», которые помещаются на каждом РМх, и в эти пункты включить все необходимые для выполнения описанных действий командные файлы.

Для контроля за переносом текущих данных на ЦМ необходимо использовать в режиме «Администратор БТП» (клавиша **<Shift\_F9>**) списки распределения по рабочим местам по статусу «Вводится» и «Ожидает переноса для ввода на РМ». Содержимое этих списков при строгом соблюдении технологии ведения БКР должно соответствовать действительному положению вещей на указанных компьютерах.

## Передача данных БКР с центральной машины и сброс их на дискету/флешку

### Вручную

1. Запустить программу передачи данных ***PERED.EXE*** (подкаталог BIN*).* В программе передачи данных нужно выбрать пункт меню «Передача текущих данных для ввода». Затем оператор выбирает свое РМ из списка, появляющегося на экране. При этом ему выдается сообщение о том, когда последний раз данные уже переносились на указанную РМ.

ВНИМАНИЕ! Если в этот момент Вы вспомнили, что данные тех больных, которых вы **выделяли на свою РМ в предыдущий раз, Вы все еще не перенесли туда для ввода**, то на этом нужно закончить работу с программой клавишей **<ESC>** и перенести еще не перенесенные в предыдущий раз данные на РМ. Для этого нужно вручную скопировать данные из подкаталога RMх\OUT (где х - номер, условно приписываемый Вашему РМ в данной конфигурации БКР) на дискету, а на РМ выполнить все обычные действия по приему данных, как описано в следующем разделе «Прием данных БКР с дискеты на рабочем месте».

Если Вы уверены, что предыдущие данные уже обработаны должным образом в рамках принятой технологии БКР, то нажмите в ответ на сообщение программы клавишу **<Enter>**. После этого данные о больных, которые в БТП ожидали переноса для ввода на Вашу РМ, будут перенесены в подкаталог RM1\OUT (для РМ 1), RM2\OUT (для РМ 2) и т.д.

1. По окончании этой процедуры Вы выходите из программы передачи и копируете все данные из Вашего подкаталога RMх\OUT на дискету. Подлежащие переносу данные содержатся в подкаталоге переноса в виде \**.DBF* и \*.DBT файлов - таких же, как и данные АРХИВА, но меньше размером.

Этап 2 **очень желательно** выполнять сразу после этапа 1.

### Через меню Norton Commander (FAR)

Оператору нужно вставить дискету в дисковод, нажать **<F2>** и выбрать нужную строку в меню, нажав **<Enter>** (в данном случае, «Передача данных с ЦМ на РМх»).

## Прием данных БКР с дискеты на рабочем месте

### Вручную

Дискету с выделенными и скопированными из архива данными нужно вставить в дисковод на рабочем месте и скопировать данные с дискеты в подкаталог IN основного каталога БКР рабочего места. Потом, запустив программу передачи данных в подкаталоге BIN на РМ, выбрать в ее меню «Прием из архива», и после некоторого шуршания данные больных станут доступными для ввода на РМ. Во время работы программа передачи может выдать сообщение «Больной такой-то уже есть на РМ», что скорее всего означает, что вы уже во второй раз пытаетесь перенести на РМ одни и те же данные.

### Через меню Norton Commander

Оператору нужно вставить дискету в дисковод, нажать **<F2>** и выбрать нужную строку в меню, нажав **<Enter>** (в данном случае - «Прием данных с ЦМ на РМх»).

## Выделение введенных данных c РМ и сброс их на дискету

### Вручную

Заапустив программу передачи на РМ, нужно выбрать в ее меню «Передачу в архив», и тогда данные о больных, ввод которых закончен (т.е. они проверены клавишей **<F10>** и не содержат ошибок), выделяются в подкаталог OUT каталога HCR на РМ. При этом программой выдается сообщение: «В каталоге переноса больные за 01.01.96. Что делать?». Если Вы уверены, что ранее выделенные для переноса с РМ на ЦМ данные уже туда перенесены, то выбирайте опцию «Заменить», иначе - смотрите главу «Обработка нестандартных ситуаций» данного раздела.

По окончании этой процедуры нужно выйти из программы и скопировать все данные из указанного каталога РМ на дискету.

### Через меню Norton Commander

Оператору нужно вставить дискету в дисковод, нажать F2 и выбрать нужную строку в меню, нажав **<Enter>** (в данном случае - «Передача данных с РМх на ЦМ»). Если Вы заметили, что происходит что-то неожиданное, то обратитесь в главу «Обработка нестандартных ситуаций» данного раздела.

## Прием введенных на РМ данных с дискеты в архив на ЦМ

### Вручную

Дискету с данными из РМ нужно вставить в дисковод на ЦМ и скопировать данные с нее в подкаталог RM1\IN (для РМ1), RM2\IN (для РМ2) и т.д. основного каталога БКР. После этого в программе передачи данных нужно выбрать пункт меню «Прием данных с рабочего места», после чего указать номер рабочего места. Затем программа выполняет прием данных с рабочего места. При этой процедуре данным переданных больных в БТП присваивается специальный флаг состояния «Ожидает печати выписки». Выписки из ИБ на этих больных будут впоследствии напечатаны программой печати выписок при выборе пункта меню «Печать текущих выписок» (см. соответствующий раздел данной документации).

### Через меню Norton Commander

Оператору нужно вставить дискету в дисковод, нажать **<F2>** и выбрать нужную строку в меню, нажав **<Enter>** (в данном случае - «Прием данных с РМх на ЦМ»).

## Вставка .BAT-файлов переноса данных в меню NORTON COMMANDER

В пакет документации системы HCR входят четыре стандартных *.BAT*-файла:

**cm\_s\_d*.BAT*** и **cm\_nА\_d*.BAT*** - для передачи и приема данных с дискеты на центральной машине (им в командной строке нужно указать передаваемый параметр - номер соответствующего рабочего места);

**rm\_s\_d*.BAT***  и  **rm\_nА\_d*.BAT*** - для передачи и приема данных с дискеты на рабочей машине.

Чтобы использовать эти файлы, необходимо:

1. скопировать их в подкаталог BIN системы БКР на соответствующей машине (ЦМ или РМ);
2. вставить их в пользовательское меню NORTONа. Для этого в соответствующий пункт меню необходимо вставить команды перехода в подкаталог BIN основного каталога БКР и команду запуска необходимого *.BAT*-файла. Например, если Ваш больничный регистр (центральная машина) находится в каталоге E:\HCR, то для передачи на рабочее место №1 нужно добавить такие строки :

E:

cd E:\HCR\BIN

cm\_na\_d 1

## Обработка нестандартных ситуаций, связанных с переносом данных на РМ или с РМ

Для того, чтобы не попасть в ситуацию, подобную описанным в этом разделе, настоятельно рекомендуем Вам выполнять передачу данных с ЦМ (или с РМ) и сразу же после этого прием их на РМ (или, соответственно, на ЦМ). Если эти этапы будут существенно разнесены по времени, то мало шансов держать строгое выполнение технологии ведения БКР под контролем. (Представьте себе аналогичную ситуацию: Вы взяли пачку бумажных документов из картотеки и понесли их не непосредственно, например, главврачу их заказавшему, а спрятали в свой шкаф и оставили там на недельку.)

### Не читается дискета, на которой переносили данные на РМ

Симптомы: например, при приеме данных на РМ появляется сообщение «Еrror reading diskette in drive A».

Что делать: необходимо взять новую дискету, скопировать на нее вручную данные из соответствующего подкаталога RMx\OUT ЦМ (смотрите описание каталогов системы) и повторить операцию по приему данных на РМ.

### Данные введенных на РМ больных все-таки утеряны

Симптомы: ряд больных фигурирует в БТП как вводящиеся на рабочем месте, но при этом на рабочем месте их данные отсутствуют.

Что делать: если все-таки данные были утеряны, проще всего справиться с ситуацией следующим образом. Доввести на РМ и перенести с РМ на ЦМ **всех** больных имеющихся там на данный момент, после чего зайти в БТП и в режиме «Администратор» всем больным с флагом «Вводится на РМx» (х - номер РМ, где произошла потеря) заменить состояние на флаг «Ожидает переноса на РМх». После этого этих больных нужно будет заново перенести на РМ и утерянные данные нужно будет ввести заново. При желании, можно не носить их на РМ, а ввести непосредственно на ЦМ. Соответственно, перед этим флаг нужно выставлять не «Ожидает переноса на РМх», а «Вводится на центральной машине».

Если Вы уверены, что данные на РМ вводились (то есть потеря произошла уже при переносе введенных на РМ данных в АРХИВ), то возможны 4 варианта:

1. Эти больные по-прежнему остались на РМ в картотеке (и Вы их не заметили).

Скорее всего, либо просто не была запущена программа передачи данных на рабочее место, из-за чего введенные больные не выделены в каталог переноса, а по-прежнему остаются в картотеке, либо данные о них не были проверены после ввода на РМ, или же они содержат не исправленные ошибки, что говорит о том, что ввод таких больных еще не окончен, и их данные никуда нести нельзя. Тогда спокойно исправьте ошибки, проверьте данные и повторите перенос на ЦМ.

1. После ввода и выделения для переноса на ЦМ эти данные не были перенесены с РМ на ЦМ в АРХИВ.

В этом случае уже выделенные для переноса на центральную машину программой передачи данные остаются в каталоге исходящей информации на РМ, их можно повторно скопировать на дискету и принять в АРХИВ на ЦМ, аналогично тому случаю, когда дискета не читается.

1. То, что данные утеряны, выяснилось через некоторое время (после переноса новой порции данных с того же РМ).

С этой ситуацией нужно бороться, в первую очередь, за счет регулярного контроля списков вводящихся на РМ больных (Администратор БТП). Тогда она не возможна в принципе и при сбое компьютера может возникнуть только ситуация 2.

Если же все-таки такое приключилось, то запустите на рабочем месте программу ввода данных БКР с параметром **UNERASE** в командной строке, например: C:\RM\BIN>hcr.exe UNERASE

При этом запускается режим восстановления ВСЕХ больных, которые прошли через данное рабочее место со времени его последней реинсталляции. Если нужных больных Вам удалось найти в показанном программой списке с помощью поиска по фамилии и идентификатору, то по клавише **<Enter>** можно поочередно произвести восстановление всех утерянных больных. После этого восстановленные больные будут находиться в картотеке РМ. Их можно увидеть запустив обычным образом программу ввода на РМ.

Иногда при этой процедуре данные больных восстанавливаются не полностью, поэтому все восстановленные больные считаются непроверенными. Их нужно заново проверить, исправив при необходимости ошибки. А после этого осуществить передачу введенных данных в АРХИВ по обычной схеме.

1. Вы сделали все, что написано в пункте 3, но в списке удаленных на РМ этих больных тоже не оказалось.

Скорее всего, вам приснилось, что их вообще вводили на этом РМ. Возможно, после этого были переинсталлированы РМ в связи с приходом новой версии системы или по другим причинам. При реинсталляции РМ происходит создание баз данных заново и из содержимое уже не восстановить. (☝ ВНИМАНИЕ! Именно поэтому необходимо **обязательно проверять списки** вводящихся на РМ до обновления версии системы или реинсталляции рабочих мест - на этот момент не должно быть никаких «хвостов» за рабочими местами! )

Скорее всего, в этой ситуации придется повторить ввод потерянных данных, как было указано ранее.

# ОБЩАЯ СХЕМА ОПИСАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, принятая в БКР

## Назначение баз данных БКР

1. ***Паспортные данные*** - включают основные идентификационные данные о больном, т.е. данные которые однозначно определяют больного.
2. ***Данные диагноза*** - это общие данные описания основного (онкологического) диагноза. Данные о воспалительных и прочих заболеваниях лучше в эту базу не вводить, поскольку такие заболевания, как правило, не имеют стадии, TNM, степени дифференцировки и будут проблемы при вводе морфологического типа. Клинический справочник морфологических типов включает перечень доброкачественных, пограничных, карцином in situ и злокачественных типов опухоли, и не включает морфологические типы других заболеваний, за исключением ряда опухолеподобных, которые нередко путают с опухолями.

К базе описания диагноза подключено несколько ***дополнительных (необязательных) баз***, описывающих сведения:

* распространении первичной опухоли непосредственно на соседние с первичным органы;
* форме роста опухоли при поражениях полых органов;
* дополнительные данные для гинекологических опухолей;
* об осложнениях основного заболевания.

1. ***База лечения*** включает данные о хронологии проведенного лечения как по поводу первичной опухоли, так и по поводу рецидивирования заболевания (т.е. рецидива первичной опухоли, регионарных или отдаленных метастазов, генерализации процесса). Описание лечения структурировано следующим образом:

* вид лечения (хирургическое, химиотерапевтическое, лучевое, гормонотерапия и т.д.);
* характер лечения (специальное: радикальное или паллиативное, симптоматическое, неспециальная лекарственная терапия);
* даты курса лечения.

В зависимости от вида проведенного специального лечения, к записи лечения подключается соответствующий ***протокол: операции, лучевой терапии или лекарственной терапии*** (химиотерапии, иммунотерапии, гормонотерапии).

Помимо этого, к базе лечения подключена база непосредственных осложнений лечения.

1. ***База наблюдений*** содержит динамику изменения состояния больного после проведенного первичного лечения. Таким образом, здесь мы регистрируем даты проявлений рецидивирования заболевания: рецидивов первичной опухоли, метастазов и т.д., а также поздних осложнений лечения. Информация о локализации отдаленных метастазов, если они есть в момент постановки диагноза, включается сюда же.
2. ***База данных стационара*** включает даты пребывания и движения больного в стационаре клиники, его диагноз при выбытии из стационара, а также клиническую группу и некоторую другую важную информацию.
3. В случае смерти больного для него подключается база для заполнения ***патологоанатомического диагноза (***формализованная часть, в которую заносятся коды МКБ для всех, выделенных в протоколе вскрытия, диагнозов) и ***патологоанатомического заключения -***  неформализованная (текстовая) часть протокола вскрытия.
4. Кроме основных баз, описывающих больного, его диагноз (или диагнозы - при множественном раке), хронологию проведенного лечения и динамики наблюдения, в общее описание больного включена ***база описания сопутствующих патологий***, которые были диагностированы у больного на момент установления основного (онкологического) диагноза.

## Особенности описания и отображения в БКР истории болезни онкологического больного

При наличии качественно заполненного формализованного эпикриза истории болезни ввод данных не вызовет особых трудностей. Однако, как показывает опыт, такое случается не всегда, и поэтому оператор должен знать, где в истории болезни можно уточнить недостающую или некорректно указанную в эпикризе информацию. Поэтому при описании ввода данных мы остановимся прежде всего на наиболее часто встречающихся ошибках или затруднениях. Надеемся, что все остальное Вы усвоите на практических занятиях или прочтете во вспомогательной менюшке, появляющейся в нижней части экрана при работе с программами БКР. Вообще при работе с программами **не ленитесь читать надписи на экране** - они туда помещены для Вас. Оператору доступна еще и **вспомогательная информация** на клавише **<F1>** (на эту клавишу принято вешать помощь во всех программных средствах) или **<Ctrl‑F1>**.

Вначале необходимо остановиться на таком важном понятии как идентификатор больного.

### Идентификатор больного

Основное свойство идентификатора - его **уникальность**. Идентификатор, аналогично номеру паспорта, однозначно определяет больного, который однажды попал в Вашу клинику. Это поле составное: первые две цифры - это первый год поступления больного в стационар, а последующие четыре (или пять - в зависимости от Вашей конфигурации БКР) - номер истории болезни этого больного при первичном поступлении. Этот идентификатор дается больному один раз и навсегда. Все его последующие истории болезни в электронном архиве историй болезни будут зарегистрированы под этим номером. В таком случае мы имеем только один комплект историй болезни (всех поступлений) на каждого больного под одним уникальным номером, который является его идентификатором. Такая технология хранения историй болезни поможет переструктурировать и *бумажный архив историй болезни* по этому же принципу и избежать дубликатов.

Так например, если в 1995 г. больной имел историю болезни под номером 396, то его идентификатор будет 95-0396 (или 9500396 - в зависимости от выбранной конфигурации идентификатора в конкретном БКР). Этот номер для удобства записывается оператором на бумажной истории болезни красным карандашом, и все последующие истории болезни данного больного, уже независимо от их текущих номеров, будут подписываться под этим номером. На идентификатор ложится большая нагрузка с точки зрения разработки программных средств, поскольку по этому номеру подключаются записи данного больного из всех баз данных БКР - диагноза, лечения, наблюдения, стационара и т.д.

### Паспортные данные

В эту базу в основном вносятся данные, идентифицирующие конкретного больного: его фамилия, имя, отчество, год рождения, место постоянного жительства и т.д. То есть это данные, которые могут однозначно определить конкретного больного (его идентификационные поля). При любой возможности проверить правильность написания фамилии, имени, отчества, года рождения и адреса, делайте это. **Недопустимо заполнение одних только инициалов больного!** Искажение написания идентификационных полей может привести к появлению дубликатов. Если больная/больной изменила ***фамилию или имя или отчество***, то в БКР должны храниться последние и, если позволяет отведенное под эти поля место, через тире «-» или через «/» сохраните в соответствующем поле предыдущую фамилию, имя или отчество.

Идентификационные поля используются:

1. при определении первичности или повторности поступления;
2. при поисковых операциях;
3. при подготовке выписок из истории болезни;
4. при подготовке запросов о состоянии здоровья и т.д.

Поле ***Адрес постоянного места жительства*** - составное. Название области и района прокодированы в соответствии с административным делением Украины, и поэтому в текстовую часть адреса нужно записывать только недостающие сведения (город/село/поселок, улица, номера дома и квартиры). При распечатке выписок, запросов и других документов полный адрес формируется следующим образом: к формализованным полям области и района добавляется текстовая часть адреса.

***Дату рождения*** желательно заполнять полностью, а не только год. Особенно это важно для детского населения.

В поле ***Дата последнего наблюдения*** заносится последняя дата, на которую Вы имеете сведения о судьбе больного, и его статус на этот момент (жив, умер и т.д.).

### Стационар

Одним из важных полей этой базы является ***номер поступления***. Это связующее поле, которое объединяет воедино все записи лечения, наблюдения, относящиеся к конкретному поступлению в стационар для каждого больного. Этот номер очень важен при анализе деятельности стационара, подготовке выписок.

***Код МКБ при выписке из стационара*** в любой записи поступления в стационар может не совпадать с кодом МКБ основного диагноза больного, поскольку в поле «Код МКБ при выписке» регистрируется **код того заболевания, по поводу которого больной лечился в стационаре в период данного поступления**. Примеры:

1. У больной может быть рак молочной железы, но при этом возникает острый аппендицит, который и лечился в данном конкретном поступлении в клинику.
2. Больной мог многие годы лечится по одному диагнозу, например, злокачественная тимома, а впоследствии выяснилось, что по клинической картине у больного лимфогранулематоз. В этом случае в базе Диагноз Вы корректируете основной диагноз и метод его подтверждения (т.е. в данном случае «по клиническим данным» или «консилиум»), сохраняя при этом дату установления диагноза. Но при этом коды МКБ при выписке в предыдущие поступления в базе Стационара Вы не меняете, и следовательно, будете иметь картину развития заболевания у конкретного больного.
3. У больного была доброкачественная или пограничная опухоль, а впоследствии установлен злокачественный диагноз. Ваши действия в этом случае: доброкачественный диагноз может быть либо оставлен в базе Диагноз либо зарегистрирован как перенесенное заболевание или сопутствующая патология в соответствующей базе, а в базу Диагноз добавляется новый установленный злокачественный диагноз в обычном порядке (дата установления злокачественного диагноза, локализация, морфология и т.п.). При этом коды МКБ при выписке в базе Стационар опять-таки остаются без изменения.
4. Еще один пример, интересный для рассмотрения. При жизни у больного был некоторый диагноз ЗН, например, злокачественное новообразование забрюшинного пространства (код МКБ 158). На вскрытии выяснилось, что у больного был рак щитовидной железы (код МКБ 193) с метастазами в забрюшинное пространство. Ваши действия при этом:
5. в базу Диагноз вносите уточнения диагноза: первичной локализации, морфологического типа, метода подтверждения, но при этом дату установления диагноза не меняете, т.к. это дата установления злокачественного диагноза;
6. в базе Наблюдения регистрируете отдаленный метастаз в забрюшинное пространство, дата его наблюдения - дата вскрытия;
7. в патологоанатомическом заключении регистрируете в качестве непосредственной причины смерти рак щитовидной железы и подробно переписываете (для большей ясности при регистрации случая заболевания в популяционном регистре) патологоанатомическое заключение;
8. при этом в базе Стационар Вы корректируете проставленный код МКБ при выписке на тот, который был установлен на вскрытии (именно он будет использован при расчете таблиц состава больных в годовом отчете);
9. в базе Стационар указываете, что были расхождения между диагнозами при поступлении и при выписке: в поле «Изменился ли диагноз» указываем, что изменился.

***Сформулируем правило*:** при любом уточнении диагноза прежние коды МКБ при выписке в базе Стационар не изменяются (с этими диагнозами действительно пребывал в клинике и лечился больной), все корректировки делаются в базе Диагноз и дополняется база Наблюдений. Код МКБ при текущей выписке больного изменяется только тогда, когда он не соответствует Патологоанатомическому диагнозу.  Будьте бдительны! Патологоанатомическое заключение иногда тоже содержит расплывчатую формулировку типа «ЗН поражены мочевой пузырь, простата, брюшина... «. Далеко не всегда это говорит о том, что у больного рак мочевого пузыря, а не рак простаты, как считалось при жизни. Уточняйте у патогистологов, где же по их мнению был первичный очаг, если это возможно.

Поскольку при подготовке статистической отчетности «Состав больных в стационаре...» (таблица 2 формы 20) используется не код МКБ из основного диагноза, а код МКБ каждого поступления в стационар, то такие корректировки будут учтены правильно. Поэтому **код МКБ при выбытии из стационара должен быть указан**, ибо в противном случае у Вас будут проблемы с общим количеством больных, выбывших за анализируемый период времени и т.п.

Признак «***Изменился ли диагноз***» выделяет группу больных, у которых диагноз при поступлении и при выбытии из стационара различается. Фактически это сравнение диагнозов, установленных в поликлинике и в стационаре. Диагноз считается изменившимся вплоть до неправильно установленной стадии заболевания. В некоторых онкологических учреждениях есть практика разбирать и анализировать все случаи расхождения диагнозов при поступлении и выбытии в конце года. Для облегчения этой работы с помощью программы поиска БКР можно получить список больных, у которых наблюдались расхождения (т.е. поле «Изменился ли диагноз» имеет значение «изменился»), для более детального рассмотрения.

К базе Стационар подключается текстовое поле - «***Рекомендации при выписке***» или в случае смерти - «***Патологоанатомическое заключение***», куда можно вписать текст, который будет печататься в выписке из истории болезни данного поступления. При заполнении этого поля удобно использовать заранее подготовленные наиболее часто встречающимися шаблонные фразы («Явиться на осмотр через \_\_\_ недель» или «Провести \_\_\_ курс химиотерапии» и т.д.). Особо следует выделить использование этих полей для таких случаев:

а) больному не было проведено специальное лечение - в этом случае дается объяснение, почему;

б) в случае изменения диагноза - есть возможность дать пояснения районному онкологу для полной ясности;

в) в случае, если на вскрытии был установлен диагноз, отличный от установленного при жизни, - подробно описываем патологоанатомическое заключение в текстовой части.

### Описание основного (онкологического) диагноза

Описание диагноза фактически состоит из двух уровней. Первая часть - ***основная***, где фиксируются сведения о дате установления диагноза, дате появления первых признаков заболевания, локализации первичной опухоли, ее морфологическом типе, методе верификации диагноза, стадии заболевания. Причем для злокачественных, доброкачественных, in situ и пограничных опухолей на основании локализации опухоли и ее морфологического типа автоматически выставляется код МКБ и определяется поведение опухоли (доброкачественное, злокачественное пограничное, in situ).

К сожалению, в настоящее время не существует ни международной, ни отечественной клинической всеохватывающей классификации заболеваний, а только статистическая (Международная статистическая классификация болезней ... - МКБ). Да и кодировать-то диагнозы все равно надо. **Кодирование диагнозов - один из самых ошибко-опасных и субъективных моментов**. С целью достижения правильности и единообразия в кодировании диагнозов кодами МКБ мы разбили онкодиагноз на составляющие его части «Что?» («морфология» и «поведение») и «Где?» («локализация первичного процесса»), которые должен указать врач с максимально возможной точностью (что он, естественно, всегда и делает для составления плана лечения и других своих целей, однако не всегда утруждает себя описанием подробностей в соответствующей графе эпикриза). **Потребовать этого от врача и правильно, с максимальной степенью адекватности перенести подробности диагноза в компьютер - ВОТ ВАША ЗАДАЧА!** А кодирование такого диагноза можно передоверить компьютеру, который «знает» раздел «Новообразования» МКБ (т.е. кодирование онкодиагноза выполняется программой ввода в БКР по **единому** правилу для всех онкологических клиник, имеющих нашу программу БКР). При этом (!) не будет проблем с переходом на новые пересмотры МКБ, т.к. программа из двух составляющих функционально выведет любой код, который мы заложим в функцию кодирования диагнозов.

К счастью, существует расширение МКБ для онкологии (МКБ-О), содержащая перечни «Морфология опухолей» и «Топография опухолей», которые весьма расширяют наши возможности в представлении онкологического заболевания, используя довольно подробное описание составляющих его частей, которые выделены и в нашем представлении онкологического диагноза:

1. *морфологический тип* новообразования либо чисто клиническая формулировка типа «Рак» (т.е. злокачественное новообразование), «Опухоль» (т.е. новообразование неизвестного характера) и т.п.,
2. *поведение* новообразования (доброкачественное, злокачественное, in situ, пограничной злокачественности, неизвестного характера),
3. *локализация первичного очага* новообразования,
4. *степень дифференцировки* новообразования.

К слову сказать, канцер-регистры разных стран сравнивают между собой данные, основываясь именно на кодах МКБ-О, поскольку это удобнее и дает больше подробностей. А при включении данных в «Рак на пяти континентах» всегда проводятся еще и разнообразные дополнительные контрольные сравнения между указанными в диагнозах морфологическим типом, локализацией первичной опухоли, полом и возрастом больного, что сейчас сделано и в БКР. Данные, не прошедшие контроль или имеющие подобные несоответствия, из исследований и публикаций как правило исключаются.

Однако и перечни классификации МКБ-О нередко требуют расширения для более подробного описания онкодиагноза. Поэтому мы постарались дополнить перечни МКБ-О всевозможными клиническими формулировками, встреченными в ИБ нашей клиники (при участии клиницистов и патогистологов), и более подробными анатомическими единицами, и включили все это в соответствующие разделы Справочника БКР.

Кодирование диагноза *кодом МКБ*, как мы уже говорили, происходит автоматически после ввода всех составных частей диагноза. Для этого необходимо только при вводе перейти курсором к полю «код МКБ», и тогда там автоматически появится соответствующее значение кода.

 Обращаем Ваше внимание, что в БКР также автоматически выставляется и *код характера (поведения)* новообразования, который вытекает из указанной Вами при вводе формулировки в поле «морфологический тип». К сожалению, сами формулировки из раздела «Морфология» нередко уже подразумевают тот или иной характер (поведение) опухоли (напр., «Мезотелиома доброкачественная», «Мезотелиома злокачественная»), - и поэтому все равно будут возникать сомнения относительно того, какую из них указывать, если врач записал «Мезотелиома», не указав подробностей. Для этого, в разделе «Морфология» Справочника включены (почти всегда) аналогичные термины без дополнительных указаний (в данном примере - «Мезотелиома»), при вводе которых Вы получите в поле характер опухоли, приписанный данному термину в МКБ-О по умолчанию (т.е. в соответствии с мнением большого числа экспертов, разрабатывавших МКБ-О). Однако бывают случаи, когда поведение данной конкретной опухоли придется уточнять у патогистологов и клиницистов.

Помимо возможности автоматического кодирования, такое структурное представление онкодиагноза дает во многих случаях также *возможность проверки соответствия значений составляющих его частей друг другу,* что позволяет повысить качество введенных данных.

ВНИМАНИЕ! **Поле** БКР, названное «м**орфологический тип опухоли**», на самом деле охватывает намного более широкий спектр понятий, а именно: это морфологический тип новообразования - в случае, когда диагноз подтвержден гистологически (либо цитологически), это чисто клинический онкологический диагноз (например, «Рак», «Саркома», «Опухоль») - если диагноз не верифицирован микроскопическим методом, либо же это может быть наименование неопухолевого или опухолеподобного заболевания, которое нередко путают с новообразованием. Все это многообразие диагнозов собрано в единый раздел «Морфология» Справочника БКР и вносится в одно и то же поле «морфологический тип» (в более ранних версиях мы назвали это «Клинический диагноз», что повлекло занесение в это поле краткого клинического диагноза «Рак» без морфологических подробностей), поскольку название должно быть кратким настолько, чтобы уместиться на экране (не говоря о том, что на экране должно поместиться еще и то значение, которое в это поле вносится). Фактически, нам было очень важно разделить два понятия: «Что?» (см. выше описание поля «морфологический тип») и «Где?» (анатомическая локализация заболевания).

Чаще всего в базу Диагноз заносят только онкологические диагнозы. Однако можно вводить любые диагнозы больного, подробности которых Вы хотели бы сохранить для будущего: например, «Киста», «правого яичника», - именно для этих нужд мы и вставили почти три сотни наименований опухолеподобных заболеваний в раздел «Морфология» Справочника БКР. Однако для большей части неонкологических диагнозов в базе Диагноз будут указаны только соответствующие им коды МКБ, которые будут к тому же продублированы и в базе Стационар в поле «Код МКБ при выписке».

Для воспалительных и прочих заболеваний *код МКБ* нужно вводить в основном вручную, используя раздел кодов МКБ Справочника БКР (выбор относящихся к данному полю кодов Справочника БКР производится после нажатия клавиши **<F2>**).

ВНИМАНИЕ! Программа БКР иногда автоматически выставляет код МКБ и для ряда часто встречающихся в онкоучреждениях неопухолевых процессов, но не для всех. Если при вводе вы дошли до поля ***код МКБ*** диагноза и в нем не появилось кода, то выставляйте его сами через Справочник БКР. **Особо обращайте внимание** на код МКБ при корректировке диагноза. Если Вы меняете диагноз с онкологического на другой (не имеющий отношения к онкопатологии), то код МКБ **должен быть изменен Вами вручную**. В таких случаях иногда лучше будет совсем удалить онкодиагноз, чтобы не захламлять базу не относящимися к канцер-регистру диагнозами. В любом случае, **если меняется одна из составляющих диагноза (морфология, локализация, поведение), то** **Вам необходимо дойти курсором до поля *код МКБ*** для того, чтобы диагноз был правильно прокодирован.

При наличии индексов ***TNM***, машина автоматически проставит ***стадию*** заболевания на основе правил группировки по стадиям (в соответствии с руководством «TNM. Классификация злокачественных новообразований»). Обращаем Ваше внимание на тот факт, что, если правильно выставлен индекс pN, то Вам нет необходимости специально расшифровывать метастазы в каких регионарных лимфатических узлах удалялись во время операции. Знающий TNM-классификацию врач знает и смысл индексов N.

Другое дело, когда у больного при первичной диагностике выявлен отдаленный метастаз (М1 или рМ1) - в этом случае индекс М не уточняет в каком именно органе метастаз выявлен. Поэтому при возможности нужно указать его локализацию в базе Наблюдений (см.ниже), и при этом дата установления диагноза и дата появления отдаленного метастаза должны быть одинаковыми.

Второй уровень описания диагноза - ***дополнительные данные диагноза***. Так, для описания ***распространенности первичной опухоли*** указываются органы, куда непосредственно проросла первичная опухоль; для полых органов уточняется ***форма роста первичной опухоли;*** для патологий молочной железы и женской половой системы - *степень злокачественности по Бродерсу*, особенности репродуктивной сферы. Дополнительно можно указать и важные *осложнения основного заболевания*. Ввод дополнительных данных диагноза производится после нажатия **<Ctrl-F4>** в момент, когда Вы ввели основной диагноз.

ВНИМАНИЕ! **Следует отличать локализацию первичной опухоли и ее распространенность.** Так, например, если у больного кардиоэзофагеальный или гастроэзофагеальный рак, то первичной локализацией должен стоять соответствующий отдел желудка, а в распространенности - отделы пищевода. В противном случае, если первичной локализацией будет стоять поражение пищевода, то программа ввода данных БКР проставит диагнозу код МКБ-9 150, вместо правильного в данном случае 151.

### Регистрация нескольких диагнозов в БКР

 **При наличии у больного нескольких опухолевых диагнозов** – а это может быть и множественный рак, и поражение парных органов (в популяционном регистре такие случаи соответствуют мультицентрическому поражению), и наличие как злокачественных, так и незлокачественных опухолей - **каждый из диагнозов регистрируется отдельной записью** в базе Диагнозов. Обратите внимание, что в БКР **допускается** заносить в базу отдельными диагнозами те диагнозы, которые в соответствии с требованиями в популяционном регистре множественным раком не считаются.

Главный принцип в БКР – не обременять базу Диагнозов незначительными с точки зрения онкологии диагнозами, не относящимися к новообразованиям. Хотя вполне допустимо вносить туда любые прыщики – на уровне только кодов МКБ – если Вам так удобнее.

### Описание хронологии лечения

Аналогично диагнозу, описание лечения состоит из двух частей.

В основной части регистрируется *дата начала курса лечения (дата операции) и его окончания, вид лечения, характер лечения*. Причем обязательно нужно следить за правильным указанием соответствующего номера поступления этого больного в стационар, т.к. этот номер используется для подготовки выписок. Если больной поступает в стационар в 5-й раз, то в выписку пойдет то лечение, которое приписано к 5-му поступлению.

Ошибки с номерами поступления встречаются настолько часто, что с версии 2.05 мы убрали возможность ручного выставления номера поступления в лечении. Если необходимо изменить установленный по умолчанию номер поступления, нажмите **<Ctrl\_F2>** и выберите необходимую запись стационара из списка.

Кроме того, если больной переводился внутри клиники из отделения в отделение, то Вам обязательно необходимо указывать, в каком именно отделении получил данный курс лечения больной. Это особенно важно для правильного подсчета таблиц анализа деятельности стационара.

 ВНИМАНИЕ! По умолчанию все курсы лечения числятся за последним отделением данного поступления, т.е. за тем отделением, из которого больной выбыл из стационара. Если же он лечился в разных отделениях, то Вы имеете возможность (и необходимость) **привязать конкретный курс лечения (или операцию) к конкретному отделению**. Для этого нажмите **<Shft\_F2>** и Вы увидите список записей стационара данного больного, относящиеся к поступлению, указанному в текущей записи лечения. Нажмите **<Enter>** на том отделении, где больной получил данное лечение. Если Вы все сделали правильно, то у Вас не будет впоследствии неприятных разборок с заведующими отделений, каждый из которых борется за «свои» лечения до последней капли крови.

 Еще раз ВНИМАНИЕ! С номерами поступления связана также возможность вводить в больничный регистр **лечение, проведенное вне данного лечебного учреждения**. Такое лечение, естественно, не должно считаться ни за каким отделением Вашей клиники в таблицах анализа деятельности и т.п. Для этого номер поступления указывается **нулевым** и поэтому никакая конкретная запись стационара к лечению не привязывается (это выглядит как строка вопросительных знаков в нижней части экрана списка лечений, там где обычно выводится наименование отделения). Чтобы указать, что данное лечение проводилось вне стационара, после ввода лечения станьте на запись лечения и с помощью **<Shft\_F2>** установите "лечение вне стационара".

Отдельные виды лечения (хирургия, специальная лекарственная терапия, лучевая терапия, терапия открытыми изотопами) имеют свои протоколы. Таким образом, схема ввода лечения следующая: *дата начала (окончания) курса ---> вид лечения (хирургия, лучевая, лекарств.) ---> характер лечения (радик./паллиат./симпт. и т.д.) ---> протокол лечения ---> осложнения лечения.*

### Протокол лекарственной терапии (ХТ, ИТ, ГТ)

Протоколы лекарственной терапии содержат данные: *препарат, способ введения, суммарная доза*. Причем, если больному ввели несколько препаратов, то каждый отдельный ***препарат*** записывается в протокол отдельной записью с указанием способа его введения и дозы.

Обычно при лечении системных опухолевых заболеваний используются стандартные схемы (состоящие из большого количества препаратов), названия которых можно указать в протоколе без конкретизации препаратов.

В справочнике БКР для препаратов учтены синонимы, коммерческие, латинские и всякие другие используемые названия. Поэтому не пугайтесь, если вы ввели доксорубицин, а на экране появился адриамицин - это синонимы.

### Протокол лучевой терапии

Специфика заполнения этого протокола в том, что в поле «***Область облучения пораженного очага***» заносятся все облучаемые пораженные опухолью локализации. Это может быть как первичная опухоль, так и метастазы или рецидивы. В поле «*Область дополнительного облучения /* ***точка В***» вносится все, что облучалось профилактически, т.е. области профилактического, противорецидивного облучения. Кроме того, регистрируется *вид излучения, суммарная доза*, что фактически является разовой дозой, *способ подведения* дозы (статика, ротация), *методика облучения* (мелкие, средние или крупные фракции).

### Протокол облучения открытыми изотопами

несколько отличается от протокола лучевой терапии, но аналогичен протоколу лекарственной терапии: радиопрепарат -> способ введения -> суммарная доза.

### Протокол хирургического лечения

Для анализа деятельности онкологического учреждения хирургическая деятельность является одним из важных показателей. Для описания операции при злокачественных опухолях нет особых проблем. Схема ввода протокола операции следующая: *название операции -> оперируемый орган -> объем операции (простая, расширенная, комбинированная)*.

 ВНИМАНИЕ! Есть ряд «но»:

* при *комбинированных операциях* (когда удалено или резецировано несколько пораженных опухолью органов) первой записью в протоколе должна стоять ***основная операция***. Это важно при подсчете таблицы 5 формы 20 «Хирургическая работа учреждения». Так, например, если одномоментно сделана гастроэктомия и спленэктомия, то запись о хирургическом лечении будет одна, а в протоколе будет две записи: первой записью должна быть указана гастроэктомия, а затем - спленэктомия.
* В том случае, когда сделана так называемая *сочетанная операция*, т.е. за одно вмешательство удалены пораженный опухолью орган и орган с патологией другого характера (не по поводу злокачественного заболевания), то каждая отдельная операция регистрируется *отдельной записью лечения и отдельным протоколом*. Так, например, если при гастроэктомии по поводу рака желудка сделана холецистэктомия по поводу желче-каменной болезни, то в этом случае сделано фактически две операции. Первая - радикальная по поводу рака желудка, вторая - не по поводу злокачественного заболевания на желчном пузыре.

Важно при этом помнить, что *в программе подсчета таблиц хирургической активности алгоритм счета следующий*: за исследуемый период времени просчитывается количество записей с видом лечения «хирургия», затем в соответствующих им протоколах операций анализируется каждая первая операция, все последующие операции в учет в таблице не идут. Поэтому думайте как нужно зарегистрировать, чтобы ваш отчет был правильным.

Обратите ВНИМАНИЕ, что такие понятия как катетеризация артерии, пробная операция, описания ***характер лечения*** не имеют. Кроме того, хотелось бы напомнить, что всякого рода анастомозы имеют симптоматический характер, а не паллиативный, как это иногда считают, поскольку в данном случае к специальному лечению это не имеет никакого отношения.

Поскольку схема ввода протокола операции ориентирована на описание операции при злокачественных опухолях, то могут возникнуть некоторые сложности при регистрации операций другого характера. В таблице 5 формы 20 «Хирургическая работа учреждения» наряду с разбивкой операций по органам требуется разбивка операций при конкретных синдромах или заболеваниях. Эту нелогичность таблицы мы попытались решить, дополнив поле «О***бъем операции***» всеми такого рода конкретизациями.

 Особо нужно остановиться на так называемых общих операциях: резекциях, ампутациях, криодеструкциях и т.д. Поскольку при любой обработке - подготовке статистических таблиц, выписок и других медицинских документов - необходима конкретизация (ампутация - чего?), т.е.конкретизация ***удаленного или резецированного органа***, то в этиих случаях указание только названия операции без конкретизации органа бессмысленно. Кроме того, поскольку основная логика таблицы 5 - это разбивка операций по органам, то для нее обязательно должен конкретизироваться оперируемый орган, иначе все операции без указания локализации будут отнесены в рубрику «другие».

В завершение описания хирургического лечения регистрируются ***хирурги и ассистенты***, проводившие операцию.

Формализованное описание каждого курса лечения, которое приспособлено для статистической обработки, можно дополнить, при необходимости, ***текстовым описанием лечения***. Для его ввода нажмите **<Ctrl-F4>**, находясь на записи описываемого лечения.

### Осложнения лечения

Осложнения лечения требуется отличать от сопутствующих патологий и осложнений основного заболевания. Например, язва желудка в зависимости от анамнеза заболевания, может быть отнесена к любому из этих понятий. Для того, чтобы ее правильно зарегистрировать, нужно провести некоторое расследование вместе с врачом и расставить точки над «i». Лучше всего требовать заполнения врачом формализованного эпикриза, в котором все эти понятия выделены в отдельные графы.

Справочник в БКР единый для всех описаний осложнений и сопутствующих патологий. Он упорядочен по алфавиту, «сырой», находится в стадии разработки, и поэтому, если у Вас есть конструктивные замечания и предложения мы с радостью их учтем.

### Описание динамики наблюдения

Этот блок данных предназначен для описания ***рецидивирования*** заболевания после проведенного лечения, что особенно важно при анализе эффективности лечения. Схема описания следующая: *что установлено -> где это находится -> дата установления.*

Так например, если у больного через некоторое время появляется метастаз в печень, то ему делается соответствующая запись: «отдаленный метастаз», его локализация «печень», дата установления метастаза.

Причем эта запись обязательно помечается ***номером поступления в стационар***, соответствующим моменту когда этот факт был выявлен. Это важно для автоматического оформления выписок. **Если при последующих госпитализациях указанный метастаз не исчез, то дата его появления остается прежней, но номер поступления должен изменяться на последний**. Иначе информация о наличии этого метастаза в последнюю выписку не попадет. Фактически в базе «Динамика наблюдения» регистрируется динамика изменения состояния больного после проведенного лечения. Соответственно эти данные используются при подготовке выписок, анамнезов заболевания и, что особенно важно - при анализе эффективности методов лечения.

Единственным исключением из правила, как уже указывалось, может быть регистрация регионарных метастазов у больных при первичной диагностике.

В базе Наблюдений указываются и поздние осложнения лечения, если БКР имеет сведения о них из амбулаторной карты или истории болезни.

### Описание сопутствующих патологий

В сопутствующие патологии вносятся только те сопутствующие заболевания, которые имеются у больного на момент установления основного диагноза.

### Осложнения основного заболевания

В этой базе регистрируются осложнения основного (онкологического) заболевания: перфорация опухоли, желудочное кровотечение, и т.п. Безусловно, все заболевания, которые были или есть у больного описать сложно. Поэтому обращайте внимание врачей прежде всего на те, которые могут оказать существенное влияние на выбор тактики лечения и прогноз заболевания. Лишний фанатизм в данном случае не оправдан. Поэтому предлагается следующий выход из положения - регистрировать только те патологии, которые указаны в истории болезни.

Бывает, что врачи в качестве сопутствующей патологии пишут один из злокачественных диагнозов, но Вы же знаете, что это неправильно – для Вас это множественный рак, т.е. регистрация еще одного диагноза.

Справочник БКР сопутствующих патологий находится в стадии разработки, поэтому ждем Ваших предложений. А если кто-то возьмется его толково разработать - будем очень благодарны!

# ВВОД ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В БКР

## Основные моменты технологии ввода данных истории болезни в БКР

Ввод истории болезни начинается с поиска в картотеке РМ или ЦМ больного, данные которого будут вводится. Искать можно по идентификатору или по ФИО. Вход в данные больного – нажатием клавиши **<Enter>.**

Далее передвижение по базам осуществляется по нажатию клавиши **<+>**, а вход в экранные формы из табличных - по нажатию **<Enter>.** По клавише **<F9>** («Навигация») Вы можете перейти в любую базу данных больного, название которой на экране написано черными буквами.

Читайте вспомогательные меню (перечень доступных функциональных клавиш и их функции) в нижней части экрана.

### Вызов Справочника БКР и работа с ним

Ввод значений полей осуществляется либо набором нужных символов прямо с клавиатуры, либо они кодируются через вызов Справочника БКР по клавише **<F2>.** У тех полей, которые имеют свои разделы значений в Справочнике, в экранной форме, помимо кода, в скобках выводятся их смысловое значение. Если код поля в Справочнике отсутствует, то в скобках будет пусто.

Вообще можно нажимать эту клавишу, стоя на любом поле. Если Справочника к этому полю нет - Вам об этом сообщит сама программа. Справочник БКР организован в виде дерева (многоуровневой структуры), листья и некоторые узлы которой (помеченные значком «#») являются доступными для ввода значениями данного поля. Элементы Справочника, которые можно ввести в качестве значения текущего поля, слева имеют цифровой код. Выбор элемента Справочника для ввода в качестве значения текущего поля производится нажатием **<Enter>** на этом элементе.

Войдя в Справочник, Вы оказываетесь либо на самой верхней его точке (если поле пока не закодировано), либо на том значении, которое уже имеет данное поле. В любом случае передвижение по древовидному Справочнику осуществляется: движение «вниз», т.е.к более подробным значениям - по **<Enter>**, движение «вверх» - по **<Esc>,** движение на экране - курсором с помощью клавишей-стрелок. Признаком того, что некоторый уровень Справочника имеет более «низкие» (вложенные) уровни либо значения, является наличие значка «**>**« справа от его названия.

В некоторых случаях, которые описаны ниже в разделе «Маленькие хитрости большого ввода», Вы можете воспользоваться услугой Справочника БКР, называемой*множественный выбор значений Справочника* **(**если войти в Справочник не по клавише **<F2>**, а по клавише **<Shft-F2>)**.

***Мы настоятельно рекомендуем вводить через Справочник следующие основные поля*:**

* в паспортных данных: место жительства, категория учета, состояние в момент последнего наблюдения;
* перенесенные заболевания и сопутствующие патологии;
* характеристики основного онкологического диагноза: локализация, морфологический тип, индексы T, N, M, степень дифференцировки опухоли, метод подтверждения диагноза, а для неопухолевых процессов - код МКБ.

 Обратите ВНИМАНИЕ на ввод индексов T, N, M: коды этих полей, как, впрочем, и всех остальных, необходимо отличать от их смыслового значения (например, код Т = 0 означает, что значение индекса Т не указано, а код Т = 10 означает Т0);

* в дополнительных данных диагноза: локализации распространения первичного процесса, форму роста опухоли в полых органах, осложнения основного заболевания;
* отделение клиники, профиль койки, код МКБ при выбытии из стационара (для неопухолевых заболеваний), причина госпитализации в стационаре (введена для таблицы «Хирургическая работа клиники» государственного годового отчета);
* вид и характер лечения, все поля протоколов лечения, осложнения лечения;
* установленный факт рецидивирования онкозаболевания в базе наблюдения, локализация рецидива, метастаза, поздние осложнения лечения.

### Маленькие хитрости большого ввода

**Очень полезная глава!** Здесь будут описаны некоторые дополнительные удобства программы ввода данных БКР *HCR.EXE* и нюансы*,* на которые Вам **стоит обратить внимание**.

Прежде всего, очень полезной является клавиша **<F3>**, которая предназначена для просмотра подробностей записей любой базы данных без вхождения в экранную форму для ввода. Например, стоя на некоторой записи курса лечения, Вы увидите не только даты, характер и вид лечения, но и содержимое протоколов этого лечения.

Клавиша **<F3>** также удобна для просмотра данных любого больного из списка в режиме «Картотека» и других списках.

1. В базе **Перенесенных и сопутствующих патологий** и базе **Осложнений лечения** до занесения значения в поле нужно вначале его создать с помощью **<F4>**, а затем вводить значение через Справочник.
2. В **базе Диагноз**, помимо обычных средств ввода, Вы имеете следующие возможности:

* клавишей **<Shft-F2>** можно **скопировать значения уже занесенных индексов TNM** в соответствующие поля индексов pTNM. Не пугайтесь, если сразу после этого не увидите эти индексы на экране, - они появятся там, если Вы просто пройдетесь по ним с помощью **<Enter>** или клавиш-стрелок.
* клавишей **<Ctrl-F2>** Вы можете **автоматически проставить стадию** онкопроцесса. Подключенная здесь подпрограмма выставляет стадию развития онкозаболевания на основании индексов (p)TNM *для выделенных в международной классификации TNM онкопатологий*, т.е. с учетом указанной у больного локализации первичного очага, морфологического типа опухоли, степени гистологической дифференцировки опухоли, если она указана, и даже возраста больного в момент постановки диагноза (важно для опухолей щитовидной железы и для детей). В функции стадирования соблюден основной принцип классификационной системы TNM: принцип выбора низшей категории стадии при недостаточности данных для ее точного определения. Прежде, чем менять стадию, функция спросит Вас, согласны ли Вы с предлагаемой стадией. (Можете и не соглашаться - все равно она изменит ее на этапе проверки истории болезни, но зато Вы потеряете возможность проверить, почему же она предлагает именно эту стадию.) Параллельно функция проверяет правильность выставленных индексов (p)TNM и сообщает, если обнаруживает ошибку. Эта же функция подключена и в контроле данных БКР.

 ВНИМАНИЕ! Если функция предлагает Вам выставить **явно не ту стадию**, которую Вы ожидали – сначала проверьте, правильно ли Вы указали индексы TNM – в этом случае функция не всегда в состоянии простадировать правильно несуществующую комбинацию индексов. Если же Вами все указано в точном соответствии с классификацией – обязательно сообщите нам – мы тоже ошибаемся!

* клавиша **<Ctrl-F4>** поможет Вам найти, куда же заносить информацию о распространенности первичной опухоли и прочую **дополнительную информацию о диагнозе**.
* При вводе локализаций распространенности первичной опухоли Вы можете воспользоваться услугой Справочника БКР, называемой **множественный выбор значений Справочника,** если войти в Справочник не по клавише **<F2>**, а по клавише **<Shft-F2>**. Это означает, что в данном случае, передвигаясь по Справочнику, Вы можете отмечать клавишей **<Ins>** или **<пробел>** несколько локализаций, причем выбрав нужные, например, в одной из веток Справочника, Вы можете перейти в другую ветку (по **<Esc>**), и там тоже отметить необходимые элементы. Отметив все, что Вам нужно, нажмите **<F10>.** Вы увидите, что все выбранные Вами элементы занеслись в список локализаций распространенности. Не забудьте проставить **сторону поражения** у парных органов!

 ВНИМАНИЕ! Кстати, если говорить о распространенности первичного процесса, то рекомендуем Вам вдумчивее относится к информации, даваемой врачами в эпикризе! Иначе есть шанс, что в выписку попадет диагноз с примерно следующей формулировкой: рак правого века с распространением на почку (пример из жизни УкрНИИОР).

* клавиша **<Ctrl-F7> - сравнение морфологических типов опухолей.** Функция, подключенная к этой клавише, сравнивает морфологические типы ЗН для определения того, нужно или нет указывать данному больному несколько диагнозов со ЗН (т.е. наличие или отсутствие у него множественного рака), а также - при наличии диморфной опухоли (т.е. опухоли, имеющей несколько различных морфологических типов, комбинация которых отсутствует в разделе Морфология МКБО как отдельная единица) - для указания оператору того морфологического типа, который в данной ситуации предпочтительнее регистрировать для данной опухоли. Сравнение выполняется на основании Правил регистрации опухолей, изложенных в МКБ-О, и «Руководства МАИР/МАКР о правилах регистрации множественных раков» 1994 года.

Необходимость такого сравнения возникает в ряде ситуаций:

1. (1) у больного уже имеется диагноз ЗН и канцер-регистр получает сведения (например, из ИБ нового поступления) о диагнозе больного, не совпадающем с уже имеющимся в регистре;
2. (2) «новый» диагноз совпадает с уже имеющимся по коду МКБ (т.е. по локализации первичного процесса), но морфологические типы их различны;
3. (3) патогистологическое заключение содержит формулировку вроде «Рак А с элементами рака В...» или «Рак А и рак В...», т.е. диморфный рак. В этом случае, если Вы не найдете в Справочнике БКР формулировки, в точности совпадающей с приведенной, то проблема фактически сводится к случаю (2).

Для облегчения принятия решения о том, как вводить такой диагноз, мы даем Вам возможность сравнить диагнозы с точки зрения упомянутого «Руководства», но для окончательного вывода о наличии/отсутствии у больного множественного рака можно проконсультироваться с лечащим врачом (если возможно) или другим компетентным специалистом.*При этом не забывайте, что лечащий врач смотрит на это с позиций тактики и стратегии лечения, а наша задача состоит совсем в ином:* ***правильно зарегистрировать данный случай (либо случаи) заболевания ЗН****.* Для аргументации точки зрения нашей программы мы прилагаем полный текст «Руководства» в Приложении к документации больничного канцер-регистра. Фактически, эта функция освобождает Вас от необходимости каждый раз читать упомянутое «Руководство». **Регистрация множественного рака** в БКР - это занесение двух (или больше) записей в базу диагнозов.

 ВНИМАНИЕ! Вышеописанная возможность осталась в БКР и ею следует пользоваться в любом случае, когда диагнозы «множатся» или при диморфных опухолях. Однако мы пришли к выводу, что Правило МАИР/МАКР учета множественных раков **применимо для популяционных регистров, и не желательно применять для больничных**, поскольку врач для планирования лечения и других нужд хочет иметь подробности (морфологический тип, TNM...) каждой новой опухоли у больного. Главное, чтобы не путали два весьма существенных понятия: первичная опухоль и метастатическая либо рецидив. **Метастазы и рецидивы всегда** должны заноситься только в базу Наблюдения, а если же первичный очаг неизвестен (**анонимная опухоль**) - в разделе Справочника БКР поля «Локализация опухоли» имеются соответствующие значения («ЗН неуточненной первичной локализации с уточненной локализацией метастаза...»). Поэтому функция контроля множественных раков сейчас выключена и не будет считать ошибкой наличие в диагнозах больного, например, нескольких аденокарцином различной степени дифференцировки в одном и том же отделе ободочной кишки, либо несколько однотипных опухолей в молочных железах больной.

* в программу ввода заложена функция **выставления кода МКБ для всех *новообразований***по введенным локализации и морфологическому типу новообразования. **Она срабатывает *при переходе к полю код МКБ*** *(для пограничных и неопухолевых)* ***или*** *даже* ***характер заболевания*** *(для ЗН, in situ, ДН)* ***при вводе составляющих диагноза в экранной форме.***Поэтому не забывайте дойти курсором до автоматически заполняемых полей в конце экранной формы при вводе! Эта функция выставляет код МКБ и для **некоторых** **неопухолевых** заболеваний, часто встречающихся в онкоклиниках. Вообще занесение таких (неопухолевых) диагнозов в базу диагнозов канцер-регистра не обязательно, мы рекомендуем ограничиваться вводом их кодов МКБ при выписке в запись текущего поступления больного в стационар.

1. В **данных Стационара** Вы имеете следующие дополнительные удобства:

* клавиша **<Shft-F2>** позволяет скопировать в поле **код МКБ при выписке** код МКБ из записи (записей) диагноза данного больного. Если у больного множественный рак, то чаще всего из истории понятно, по поводу чего он лечился в данное поступление. Значение этого поля играет важную роль при составлении отчетов о деятельности стационара, хирургической активности и срочной хирургической помощи.
* При вводе поля «Код МКБ при выписке» для больных, **госпитализированных по скорой помощи**, обратите внимание на «Дополнительный список кодов МКБ для неотложной хирургии» в Справочнике кодов МКБ нашего регистра. Там выделены те диагнозы (где необходимо - до 4-го знака МКБ), которые входят в таблицу «Срочная хирургия» годового отчета клиники.
* клавиша **<Ctrl-F4>** дает возможность вписать в **текстовое** поле «***Рекомендации при выписке***» или в случае смерти - «***Патологоанатомическое заключение***» - текст, который будет печататься при составлении выписки из истории болезни. Удобно при этом пользоваться заранее подготовленными наиболее часто встречающимися шаблонными фразами (вход в список шаблонных форм - по клавише **<F2>**). Подробнее об этом можно прочесть в разделе «Особенности описания и отображения в БКР истории болезни онкологического больного. Стационар».
* В **данных Лечения**:
* клавиша **<Shft-F2>** дает возможность **приписать лечение к тому или иному отделению**, в котором пребывал больной в течение последнего поступления (если больной переводился из отделения в отделение, то по умолчанию все курсы лечения числятся за тем отделением, непосредственно из которого он выбыл из клиники). Для этого, стоя на записи курса лечения, Вы нажимаете **<Shft-F2>,** выбираете из списка отделений необходимое и жмете **<Enter>**. В предлагаемом Вам списке Вы найдете также вариант «Лечился вне данного стационара», который используется для регистрации курсов лечения, например, по месту жительства, о которых бывает известно из анамнеза или амбулаторной карты.

*Наименование отделения, за которым числится текущий курс лечения*, Вы можете увидеть в строке сообщения под табличной формой экрана.

* клавиша **<Ctrl-F2>** действует аналогично, но дает возможность **приписать лечение к любой записи стационара, в том числе и за другое поступление**, что бывает необходимо при обнаружении ошибок.
* клавиша **<Ctrl-F4>** дает возможность описать **текстом** необходимые **подробности данного курса лечения** больного.

1. В **данных Наблюдения**:

* клавиша **<Shft-F2>** позволяет облегчить ввод нескольких локализаций (для метастазов, рецидивов, многоочаговых опухолей). Аналогично тому, как это было описано для ввода локализаций распространенности первичного процесса, Вы можете, стоя на поле локализации и нажав эту клавишу, получить возможность множественного выбора элементов Справочника. Это означает, что в данном случае, передвигаясь по Справочнику, Вы можете отмечать клавишей **<Ins>** или **<пробел>** несколько локализаций, причем выбрав нужные, например, в одной из веток Справочника, Вы можете перейти в другую ветку (по **<Esc>**), и там тоже отметить необходимые элементы. Отметив все, что Вам нужно, нажмите **<F10>**. Вы увидите, что все выбранные Вами элементы занеслись в таблицу наблюдений, причем всем им приписано одинаковое (равное исходному) значение поля «Что установлено» и дата установления. При необходимости теперь можете подкорректировать эти поля. Не забудьте проставить **сторону поражения** у парных органов!

## Контроль данных в БКР

Как Вам известно, ***неверная информация хуже, чем никакой информации***. Исходя из этого, система БКР снабжена достаточно развитым механизмом контроля данных на корректность и непротиворечивость. Контроль нужно осуществлять каждый раз после внесения ЛЮБЫХ изменений в данные БКР.

### Проверка данных истории болезни при вводе

По окончании ввода истории или ее корректировки ОБЯЗАТЕЛЬНО выполняйте проверку, нажав клавишу **<F10>**. Вы получите либо список ошибок, подлежащих обязательному исправлению, либо сообщение, что данные проверены. Перечень ошибок и комментариев к ним см. в разделе «Комментарии к сообщениям об ошибках». Исправление ошибок выполняется в обычном режиме ввода и корректировки истории болезни.

 ВНИМАНИЕ! Не проверенные истории болезни или болезни с ошибками не могут быть перенесены с РМ в АРХИВ! А если путем каких-либо ухищрений Вам это удастся сделать, то будьте готовы к тому, что система БКР все равно рано или поздно заставит Вас исправлять их. Лучше это сделать сразу, чем в тяжелый момент сдачи отчетов. Не стесняйтесь привлекать врачей к процессу разрешения возникших проблем, если Вы уверены, что ввели все в строгом соответствии с данными бумажной истории болезни.

### Тотальная проверка данных АРХИВА БКР

При необходимости можно проверить все истории болезни Вашего АРХИВА или некоторую их часть. Это бывает полезно сделать при подготовке к отчетам, или чтобы знать как далеки от совершенства Ваши данные. Предупреждаем, что такая проверка потребует большого объема времени. Для того, чтобы программа тотального контроля не заняла Вашу машину на сутки, предлагаем Вам вначале сформировать файл списка, куда отобрать, например, всех выписанных за некоторый промежуток времени. Затем запустить программу тотального контроля *CHECKER.EXE*, которая спросит Вас, по какому списку будем проверять. Задав список, Вы запускаете полный контроль всех историй болезни, входящих в него. Если Вы не дождетесь конца проверки, а Вам уже пора домой - не переживайте. Можно выйти из тотального контроля и в следующий раз запустив его, начать с того места где Вы прервали работу.

Напоминаем, что проверка данных не самоцель, а средство поддержания качества данных на должном уровне.

Если проверка упорно выдает Вам несуразицу – сообщите разработчикам. Мы будем признательны за обнаружения наших ошибок.

# Информационно - поисковаЯ система

 ВНИМАНИЕ!Поисковая система подробно описана в отдельной книге «**Тайны и загадки поисковой системы канцер-регистра**» (файл **SEARCH.DOC**).

Информационно-поисковая система (ИПС) – это система, которая позволяет выбирать из БКР больных по разнообразным критериям и печатать любую хранящуюся в БКР информацию об этих больных.

Основные функции ИПС позволяют вам осуществить:

* формулирование критериев поиска (Вы накладываете ограничения по которым из всех хранящихся в БКР больных будут отобраны только те, кто Вам нужен);
* проведение поиска в соответствии со сформулированным критерием;
* установить формат выходных таблиц результатов поиска (Вы указываете какую именно информацию о больном и каким образом упорядоченную Вы хотите увидеть);
* формирование и печать по установленному формату выходных таблиц, содержащих результаты поиска.

ИПС позволяет сохранять и выполнять часто запускающиеся поиски, не описывая заново их условия (формировать так называемые запросы), сохранять списки больных, выбранных по некоторому критерию, сохранять форматы часто используемых выходных таблиц, а также получать процентное распределение результатов поиска по их значениям (т.н. кросс-таблицы). Читайте книгу и Вам откроется море возможностей для работы с усердно регистрируемыми Вами данными.

# ПОДГОТОВКА ВЫПИСОК И ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ОТЧЕТНЫХ ФОРМ ПО СТАЦИОНАРУ

## Печать текущих выписок

После того, как история болезни (ИБ) последнего поступления больного была введена на рабочем месте и перенесена в архив, становится возможной печать выписки из ИБ последнего поступления. Для этого запускают программу печати выписок (ППВ) ***new\_mess.exe***. В программе печати выписок нужно выбрать пункт меню "Печать текущих выписок". Тогда накопившиеся с прошлого момента печати текущих выписок данные больных, ожидающих печати выписки, заносятся в текстовый файл mess.txt подкаталога MESS системы БКР. Контрольный лист, где перечисляются фамилии тех больных, выписки которых занесены в этот файл, будет помещен в том же подкаталоге в файле ctrl.txt.

Если файл mess.txt уже есть, то имеется возможность добавить новые выписки к нему (в случае, если старые еще не напечатаны). После этого нужно выйти из программы, и Вы можете просмотреть файлы и распечатать их обычным образом через Norton Commander или из текстового редактора.

 ВНИМАНИЕ!«Печать» в данном случае означает вывод данных в текстовый файл, а распечатывать его на принтере Вы будете самостоятельно любыми доступными Вам средствами. После «печати» выписок больные удаляются из БТП! Печать выписки рассматривается как событие, заканчивающее обработку текущего поступления больного в стационар в системе БКР.

## Повторная печать контрольного листа в случае аварийной ситуации

Если каким-то образом файл с выписками и контрольным листом безвозвратно погиб, необходимо:

1. В ППВ зайти в пункт "Работа с контрольным листом". На экране появится список больных, по которым печатались выписки с датой их печати.
2. Нажав <F6>, ввести дату, за которую печатались утерянные выписки. В файле ctrl-a.txt программа поместит список выписок, распечатанных в эту дату.
3. Добавив по этому списку больных в выборку (в режиме работы «Добавление в выборку»), затем можно напечатать по ним выписки.

## Печать эпикризов, анамнезов, карт выбывшего, а также повторная печать выписок

Специально для случаев, когда нужно напечатать отдельный выходной документ (выписку, анамнез заболевания, карту выбывшего из стационара, эпикриз), в программе печати выходных документов существует специальный режим «Работа с выборкой». **Выборка** ППВ - это список больных, с которым доступны следующие операции:

* добавить больного в выборку различными способами,
* удалить больного (больных) из выборки
* по любому больному (больным) из выборки распечатать любой выходной документ, предусмотренный в данной программе: выписку, анамнез заболевания, карту выбывшего из стационара, эпикриз.

 ВНИМАНИЕ! «Печать» в данном случае означает вывод данных в текстовый файл, а печатать его на принтере Вы будете самостоятельно. При этом Вы имеете возможность просмотреть с помощью текстового редактора файл с выписками, а при необходимости внести в него исправления, дополнения и т.п., чтобы не переводить бумагу для печати не удовлетворяющих Вас по каким-либо причинам выписок.

### Добавление в выборку

* Добавление по фамилии (**<F2>**): вводится фамилия, а также инициалы (первые буквы имени и отчества). Можно указать только часть фамилии, опуская последние буквы – но тогда Вы получите более длинный список вариантов фамилий с указанным началом. После этого нужно выбрать необходимого Вам больного из выданного программой списка больных, фамилия и инициалы которых совпадают со введенными.
* Добавление по идентификатору (**<F4>**): вводится идентификатор больного, после чего больной с этим идентификатором добавляется в выборку.
* Добавление из списка, полученного поисковой системой (отдельный режим работы ППВ): указав в ответ на запрос программы имя звестного Вам файла списка, Вы добавите в выборку всех больных, перечисленных в этом списке. Как создается файл списка и что это такое Вы прочтете в книге «Поисковая система БКР».

### Работа с выборкой больных

Для того, чтобы облегчить работу с выборкой, в программе существует возможность отметить группу больных (или хотя бы одного больного). Отметить или снять отметку с текущего больного можно нажатием клавиши **<ПРОБЕЛ>.** Нажатие клавиши **<+>** отметит всех в списке, нажатие **<->** снимет отметку со всех.

Отметка показывается в первой слева от фамилии больного позиции символом "v". Знак "п" там же означает, что по данному больному документ уже печатался.

После проставления отметки Вы задаете клавишей операцию: удаление, смена печатающегося документа, печать (см.ниже), и эта операция будет произведена со всеми отмеченными больными.

### Установка вида документа

Вид документа, который будет напечатан данному больному в выборке, отображается в соответствующем столбце: "Вп" означает выписку, "Ан" - анамнез, "66" - карту выбывшего из стационара, "Эп" - эпикриз.

Есть два способа изменения вида печатаемого документа:

* Стоя на текущем больном, нажимать ENTER, пока не появится обозначение нужного документа.
* Отметить необходимых больных (см. выше), после чего, нажав **<F5>**, выбрать нужный документ.

В последнем столбце выборки на экране отображается, для какого поступления больного будет напечатан документ. При этом **«0» означает последнее поступление**.

Если Вы хотите напечатать выписку или карту выбывшего **не последнего поступления**, нужно:

1. установить вид документа (Ф66 или выписка);
2. нажав **<F7>**, выбрать то поступление, которое Вас интересует.

### Печать документов

Чтобы «напечатать» (вывести в текстовый файл) выбранные Вами документы, необходимо отметить тех больных, для которых Вы хотите их напечатать, после чего нажать **<F10>**.

ППВ предложит Вам указать имя для текстового файла, в котором будут находиться напечатанные документы (см. ниже «Меню выбора файла»). По умолчанию файл будет иметь расширение .txt и находиться в подкаталоге MESS системы БКР.

 ВНИМАНИЕ! Если Вы не хотите печатать выписку в текстовый файл, то Вы можете подключить принтер и распечатать документы прямо на него, нажав клавиши **<Ctrl-P>**, а затем нажать **<ESC>**, отказываясь от сохранения в файл.

Полученный текстовый файл можно редактировать и просматривать с помощью текстового редактора. При необходимости уменьшить нагрузку на ЦМ этот файл можно скопировать на другой компьютер и распечатать на нем.

### Удаление из выборки

Если Вы уверены, что для каких-то больных из выборки Вы печатать уже ничего не будете, лучше всего отметить их и нажатием **<F8>** удалить из выборки, дабы не засорять ее.  Удаление из выборки ППВ не имеет ничего общего с удалением данных о больном из АРХИВА.

### Меню выбора файла

Представляет собой специфический вид меню, появляющийся в ряде программ БКР, в том числе и в ППВ. Предназначено для выбора пользователем нужного файла на диске.

На верхней рамке отображается каталог, файлы из которого можно выбирать. Перемещение по каталогам текущего диска осуществляется так же, как в Norton Comander. Смена диска - <Alt-F1>. Выбор файла - <Enter**>**.

В случае, когда Вы выбрали уже существующий файл для записи, на экране появляется меню, предлагающее следующие возможности :

ПЕРЕПИСАТЬ ДОБАВИТЬ ОТМЕНИТЬ

Здесь «ПЕРЕПИСАТЬ» означает записать новый файл вместо старого стем же именем, «ДОБАВИТЬ» - добавить новую информацию к информации, уже хранящейся в файле, «ОТМЕНИТЬ» - выйти из меню выбора файла.

Если Вы хотите создать новый файл, выбирайте в меню пункт <НОВЫЙ>. После этого Вам нужно будет ввести уникальное имя для своего файла. Имя нужно вводить без расширения - программа установит его автоматически, в зависимости от сценария: в данном случае - .TXT - для выходных таблиц и документов.

## Расчет периодических отчетов движения больных (Ф16)

Поскольку для подсчета таблиц Ф16 достаточно только данных БТП, то для них нет необходимости ждать окончательного ввода историй болезни всех больных, попадающих в отчетный период. По этой причине ежедневные сводки Ф16 считаются программой учета движения больных ***F16.EXE*** оперативно, сразу после ввода данных о поступлениях, переводах и выбытиях больных в БТП.

Подсчет отчетных таблиц движения больных и коек стационара (Ф16) за месяц, квартал, полугодие, 9 месяцев и год, выполняется автоматически в момент наступления конца отчетного периода, одновременно с подсчетом *последней суточной сводки этого периода*. Однако в случае выявления ошибок при подсчете суточной сводки (или при сравнении с предыдущими сутками) отчеты за более крупные периоды, естественно, автоматически не подсчитываются.

Поэтому после устранения ошибок Вы можете запустить подсчет таблицы за нужный Вам период, выбрав его из меню режима «Формирование суточных сводок и отчетов». Имейте в виду, что в этом случае нужно самостоятельно запускать подсчет отчетных таблиц вначале за более мелкий, а затем - за более крупный период времени (например, при составлении отчета за квартал вначале задайте подсчет сводки за не подсчитанные сутки, затем - сводной таблицы за последний месяц этого квартала, а затем - за весь квартал).

Есть и другой путь: запустить пересчет последней(них) суточной сводки(сводок) отчетного периода так, как это описано в разделе «Пересчет сводок в случае корректировки данных стационара». В таком случае, если не будет найдено ошибок, программа автоматически подсчитает как сводки за сутки, так и все периодические отчеты за все более крупные периоды, охватывающие эти сутки.

Более подробное описание всех подводных камней, встречающихся при подсчете и пересчете Ф16, изложено в главе «Обработка текущих поступлений в стационар».

## Подсчет таблиц хирургической активности и показателей деятельности стационара

Одной из важных задач, выполняемых программным комплексом БКР, является подсчет различных таблиц показателей деятельности онкологической клиники. Эти задачи выполняет программа *ABOLIT66.EXE,* входящая в состав программного комплекса БКР. Еее описание теперь выделено в **отдельную книгу «Таблицы канцер-Регистра».**

Программа *ABOLIT66.EXE* обеспечивает подсчет следующих таблиц :

1. Состав больных в стационаре
2. По операциям
3. Срочная медицинская помощь
4. Абсолютные значения для анализа деятельности стационара
5. Хирургическая активность

Каждая из вышеперечисленных таблиц может быть подсчитана как за текущий год, так и за любой заданный временной интервал. Кроме работы с таблицами, программа осуществляет также подсчет различных показателей деятельности клиники. Программа предоставляет Вам возможность просмотреть полученные Вами таблицы и показатели, а также напечатать их на принтере либо записать в текстовый файл.

# Контроль данных на дубликаты. Линкидж данных

## Проверка дублей

В новой версии системы БКР в программе ввода существует специальный режим для поиска дубликатов и удаления дублирующейся информации из АРХИВА. Чтобы перейти в режим работы с дубликатами, необходимо в основном меню программы ввода выбрать опцию «Проверка дубликатов».

### Как начать проверку дубликатов

Поиск дублей производится по набору признаков: фамилия, имя, отчество, год рождения. Существует два режима поиска дублей: первый - для всех больных, имеющихся в картотеке, и второй - для больных из спискового файла. Рекомендуется на первый раз запустить поиск по всем больным, а потом, после удаления дублей, время от времени запускать поиск дубликатов по списку больных, поступивших за последнее время. Процесс поиска, процент выполнения и количество уже найденных дубликатов отображается программой в бегущей строке.

 ВНИМАНИЕ! Так как процесс поиска дублей занимает довольно много времени, Вы можете в любой момент остановить его и продолжить в следующий раз с того места, на котором он остановился (т.е., Вы можете спокойно выходить из программы). Для того, чтобы прервать процесс поиска дублей, необходимо нажать <**F8>**. Чтобы продолжить - в меню «Проверка дубликатов» выбрать «Продолжить текущую проверку».

### Разбор подозрений на дубликат

Большим преимуществом новой системы является наличие режима автоматизированного объединения дублирующихся карточек, что позволяет существенно уменьшить объем рутинной ручной работы. Суть этого режима в следующем - программа соединяет карточки, пользуясь набором стандартных правил, а оператор затем только вносит необходимые коррективы.

Все больные, подозреваемые на наличие дублей, накапливаются в специальном файле. Для работы с этим файлом необходимо в меню «Проверка дубликатов» выбрать «Разбор подозрений на дубликат». В этом режиме на экране отображается список найденных всеми предыдущими проверками пар дубликатов. При этом для каждой пары выводится идентификатор первого больного, его ФИО и идентификатор второго больного. Кроме этого, на экране имеется специальная графа «Метка» («**V**»). Она имеет большое значение. В списке, помимо дубликатов, могут находиться не дублирующиеся больные, у которых совпадает ФИО. Если поле «метка» не пустое, то это означает, что данная пара больных уже когда-то разбиралась и они являются просто однофамильцами. Такие пары остаются в спискедля того, чтобы их не «подсовывали» для проверки все последующие сеансы проверки дубликатов.

При работе со списком подозрений доступны следующие возможности :

1. **<Tab>**  - поставить фильтр по текущему региону . При этом будут отображаться подозрительные на дубликат только из текущего региона;
2. **<F5>** - перейти в режим редактирования первой карточки из пары подозрительных на дубликат;
3. **<F6>** - перейти в режим редактирования второй карточки из пары подозрительных на дубликат;
4. **<Enter>**- режим разбора пары подозрительных на дубликат.

### Как соединяются карточки при устранении дубликатов

В режиме просмотра на экран выдаются данные из пары подозрительных на дубликат карточек и предоставляются следующие возможности:

1. Добавить данные второго больного к данным первого (при этом второй больной будет удален из картотеки) - для этого из меню надо выбрать «Первый»
2. Добавить данные первого больного к данным второго (при этом первый больной будет удален из картотеки) - для этого из меню надо выбрать «Второй»

(Рекомендуется выбирать данные того больного, которые являются более полными и точными.) В этих случаях данная пара больных будет удалена из списка подозрительных на дублирование.

1. Поставить метку, что это просто однофамильцы - для этого из меню надо выбрать «Два разных»
2. Вернуться к работе со списком - для этого надо выбрать из меню «Непонятно»либо нажать <**ESC>**

Правила автоматического объединения карточек описаны ниже:

1. Основное правило следующее: из двух значений поля всегда берется то, которое указано с большей степенью точности. Например, из трехзначного и четырехзначного кода МКБ будет выбран четырехзначный (например, из кодов МКБ 153 и 1534 будет выбран 1534). Из значений стадии 4 и 4а будет выбрано 4а. Этот же принцип применяется и ко многим другим полям.
2. Если одно из двух значений поля = 0, то будет выбрано второе, не нулевое значение.
3. Возможны и специальные правила. Так для поля «последняя дата наблюдения» из двух дат выбирается более поздняя, а для поля «состояние в момент последнего наблюдения» - то состояние больного, которое соответствует более поздней дате последнего наблюдения.

Все производимые программой объединения данных о больных протоколируются в файле DUBL.LOG, который находится в подкаталоге LOG системы БКР.

После слияния данных вы попадаете в режим корректировки объединенной карточки, куда в случае необходимости можете внести исправления.

## Линкидж данных больничного и популяционного регистров

Процедура линкиджа данных позволяет передавать в популяционный регистр (ПКР) данные о больных, введенных в больничном регистре.

В случае, если у Вашего БКР установлена возможность связи с популяционным регистром (переменная конфигурации LINK\_X30 имеет значение «да»), то в состав каталогов БКР будет входить подкаталог X30, в котором находятся файлы в структуре ПКР (pasp*.DBF*, diag*.DBF*, lech*.DBF*, nabl*.DBF*, ustan*.DBF*). В этих файлах накапливаются данные о больных БКР для передачи их в ПКР. Чтобы перенести эти данные в ПКР, необходимо содержимое каталога Х30 скопировать в каталог BUFER\_IN популяционного, а затем в программе ввода ***x30.exe*** выбрать пункт меню «Буфер», затем «Прием данных из Больничного регистра». После этой операции данные о больных окажутся в буфере, откуда их можно распределять по регионам (подробно работа с буфером описана в документации ПКР).

Добавление данных о больных в файлы подкаталога Х30 происходит двумя способами:

* во-первых, при печати текущих выписок автоматически переносятся данные обо всех выписанных больных;
* во-вторых, можно добавлять данные о больных из выбранного Вами файла списка.

### Автоматическая передача данных о выписанных больных

Если в Вашем БКР установлена связь с популяционным регистром, то при печати текущих выписок данные о выписанных злокачественных больных заносятся в файлы каталога Х30. При этом программа делает Вам запрос о том, добавлять ли данные к уже накопленным или записать поверх них.

Если Вы еще не перенесли предыдущие данные в буфер популяционного, то выбирайте «Добавить», в противном случае - «Переписать».

### Передача данных по списку больных

Если в Вашем БКР установлена связь с популяционным регистром, то в программе печати выписок появляется пункт меню «Передача данных в популяционный по списку больных». После выбора этого пункта нужно указать соответствующий файл списка. Затем данные о больных из списка добавляются программой в файлы каталога Х30. При этом производится запрос, добавлять ли данные к уже накопленным или же записать поверх них. Если Вы еще не перенесли предыдущие данные в буфер популяционного - выбирайте «Добавить», в противном случае - «Переписать».

# ТЕХНОЛОГИЯ РАСШИРЕНИЯ АРХИВА ВШИРЬ И ВГЛУБЬ

Кроме ввода данных о текщих поступлениях больных для многих целей - научной работы, подсчета таблиц и т.д. - необходимо довводить в систему БКР данные о ранее поступавших в стационар больных. Т.о., при работе с системой БКР часто возникает потребность в следующих операциях:

* Увеличение детальности уже введенной информации об имеющихся в архиве БКР больных.
* Довведение данных о больных прошлых лет, которых еще нет в АРХИВЕ.

Идеалом является наличие в системе БКР всей информации из всех историй болезни, находящихся в архиве клиники, но это является слишком трудоемкой задачей. Часто возникает необходимость доввести информацию о больных для какого-либо научного исследования. Каким образом осуществлять такую работу?

## Заведение новых записей в архиве

Если больные вообще никогда не вводились в БКР, то необходимо на ЦМ добавить их и ввести о них минимум информации (достаточно Фамилию, имя, отчество). Это делается в программе ввода ***HCR.EXE*** следующим образом: Вы заходите в "Данные архива", выбираете «Поиск по идентификатору» и указываете идентификатор соответствующей истории болезни (напоминаем, что полным идентификатором больного в АРХИВЕ является «год первого поступления» + «-» + «номер первой истории болезни»). Если такого идентификатора в архиве нет, то программа предлагает завести новую карточку и приступить к ее вводу.

## Дальнейший ввод данных

Далее существует три возможности для дальнейшего ввода данных:

* (1) Продолжить ввод данных на ЦМ - но практика показала, что обычно ЦМ настолько загружена, что довводить на ней данные достаточно сложно.
* (2) Довводить больных на каком-то из рабочих мест.
* (3) Создать специальное рабочее место для ввода ретроспективных данных.

Для реализации пунктов 2 и 3 необходимо создать файл со списком больных, данные которых будут довводиться.

## Создание списка больных для довведения

Необходимо запустить программу поисковой системы ***f\_poisk3.exe***, и в меню «Поиск» выбрать режим «Выбрать файл списка», далее из списка файлов выбрать <НОВЫЙ>, а затем ввести свое имя для файла.

Затем необходимо в меню «Поиск» выбрать «Редактировать файл списка», после чего, используя добавление по идентификатору (**<F4>**) или добавление по фамилии (**<F2>**), добавить в список всех больных, которых планируем доввести.

( ВНИМАНИЕ! Если больные, которых хотят довводить, могут быть отобраны по некоторым условиям (например: Отделение=Хирургия, Дата выбытия=1990 г., Диагноз при выписке=Рак желудка), то файл списка может быть получен с помощью поисковой системы без добавления в него по фамилии или идентификатору. Но при этом, естественно, данные о критериях поиска УЖЕ должны быть введены в базу БКР для этих больных.

## Передача данных для доввода по списку

При использовании варианта 2 (довведение историй болезни на каком-то из уже существующих РМ) необходимо запустить программу передачи данных ***pered.exe***, в ней выбрать возможность «Передача для ввода из файла». Далее нужно выбрать рабочее место, на которое Вы будете передавать, а затем файл со списком больных, который Вы создали. После выполнения этой операции данные будут находиться в каталоге OUT соответствующего РМ, откуда их можно переписать на дискету и далее обычным путем принять на РМ, ввести и передать обратно согласно технологии распределенного ввода БКР (см. «Передача и прием данных БКР с ЦМ на РМ и наоборот»).

При использовании варианта 3 (довведение на специальном РМ) необходимо, во-первых, это рабочее место создать (см. Раздел «Инсталляция РМ»). Далее создать список больных, подлежащих довведению. Кроме того, нужно создать на диске ЦМ пустой каталог (клавиша <F7> в Norton Commander). Затем запустить программу передачи ***pered.exe*** и выбрать опцию «Выделение данных для обработки», после чего выбрать тот пустой каталог, который вы создали, а затем файл со списком больных. Далее файлы из созданного Вами каталога можно скопировать на дискету, а затем как обычно принять их на РМ. После окончания ввода историй нужно передать введенные данные на дискету на РМ, после чего вставить ее в дисковод на ЦМ и запустить процедуру приема с **любого** РМ.

( ВНИМАНИЕ! При приеме довведенных данных абсолютно несущественно, с какого РМ они принесены. Все равно произойдет их замещение поверх данных, находящихся в Архиве. А так как эти больные не являются текущими (не проходили в настоящее время через стационар), то и не требуется контролировать их движение в БТП. Поэтому нет необходимости обязательно описывать созданное для довведения данных РМ в списке рабочих мест. Хотя нужно не задерживать довводящиеся данные на РМ, чтобы не оказалось, что больной успел поступить в стационар заново, пока его довводили на дополнительном РМ.

# РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ БОЛЬНИЧНОГО КАНЦЕР-РЕГИСТРА

Предлагается следующая общая схема начала работ по внедрению больничного канцер регистра.

## Подготовительная работа

Поскольку ввод данных БКР осуществляется с помощью специально разработанных справочников-кодификаторов по основным пунктам описания онкопроцесса и его лечения (локализация опухолевого очага, морфологический тип опухоли, перечень проводимых в онкологических клиниках операций, перечень химиопрепаратов, осложнений лечения и т.д.), то необходимо предварительно согласовать все справочники терминологически и проверить их на полноту с врачами Вашей клиники.

Следующим шагом является согласование предлагаемого в Приложениях *формализованного эпикриза*, который в последствии будет заполнятся врачами клиники.

Поскольку от качества заполнения эпикризов во многом будет зависеть качество создаваемого электронного архива историй болезни и объем времени, затрачиваемого на ввод данных, то необходимо провести инструктаж среди клиницистов по заполнению эпикриза. На первых этапах целесообразно регулярно на пятиминутках обсуждать неточности и дефектуру заполнения эпикризов. Такое обсуждение будет полезно как заполняющим, так и тем, кто непосредственно занимается вводом данных или же руководит этим процессом. При этом врачи должны также знать, что качественным заполнением истории болезни они освобождают себя от заполнения Карты выбывшего из стационара, Выписки из истории болезни, а также от лишних телефонных звонков и объяснений.

Желательно несколько переструктурировать бумажный архив историй болезни: при повторном поступлении больного в клинику его история болезни должна комплектоваться с историями предыдущих поступлений. Таким образом мы получаем пакет историй болезни на каждого больного. При этом удобно хранить такие пакеты по шифрам МКБ, а не по отделениям и по алфавиту. По пакетному принципу формируется и компьютерный архив данных БКР, поскольку только при нем возможно проведени анализа течения заболевания, лечения и выживаемости больных. Кроме того, врачам нередко необходима предыстория болезни больного для выбора тактики дальнейшего лечения.

 ВНИМАНИЕ! Необходимо помнить, что **не машина решает организационные вопросы, а человек**.

## Ввод данных в базу данных БКР

### Начало работы

 ВНИМАНИЕ! Перед началом работы следует прочитать инструкцию. Можно, конечно, изучить технологию эмпирическим путем, но это намного более сложный и долгий путь.

Для инициации работы БТП и получения оперативных таблиц о движении больных необходимо ввести данные обо всех больных, которые на момент начала работы БКР находятся в отделениях клиники. Это ответственный момент, поскольку от качества его выполнения зависит подсчет Ф16. (Подробности см. в разделе «Обработка текущих поступлений в стационар».) После заполнения БТП можно переходить ко вводу данных историй болезни и т.д.

### Ввод данных о движении больных в стационаре ( БТП)

Для начала нужно выполнить следующие действия:

а) собрать по отделениям списки находящихся в стационаре в данный момент больных с датами их поступлений в клинику и переводов и занести их в картотеку пребывающих в стационаре БТП;

б) начиная с этого дня, ежедневно заносить в БТП сведения о поступлениях больных (автоматически из Приемного покоя или вручную – из талонов приемного покоя и сводок), о переводах внутри клиники и выбытиях из клиники (на основании сводок из отделений);

в) выбывших больных переносить в АРХИВ после прихода истории болезни и после этого **удалять их из БТП (**если Вы не собираетесь прямо сейчас вводить данные истории болезни больного в полном объеме, печатать выписку и т.д., то **это значит, для него обработка текущего поступления ЗАКОНЧЕНА!)**.

На этом этапе, во-первых, получаются компьютерные суточные сводки Ф16 и списки больных стационара, во-вторых, возможен контроль за приходом историй болезни для их дальнейшей обработки, в-третьих, обеспечивается попадание данных ВСЕХ прошедших через стационар больных в АРХИВ (пусть даже в неполном виде).

Пока у Вас есть проблемы на этом этапе, переходить к следующему нецелесообразно - он предусматривает безусловное поступление неполных данных в АРХИВ.

Иногда пытаются отработать этот этап сначала на одном отделении, но такое делать ни к чему: во-первых, все равно придется поддерживать переводы из отделения в отделение, во-вторых, объем информации, вводимой на этом этапе, не так велик, чтобы растягивать его надолго. А с возникающими проблемами (непоступление сводок, противоречия в датах и количестве больных и т.д.) лучше справляться сразу в масштабах клиники, чем в каждом отделении по очереди.

### Выборочный ввод данных Историй Болезни

Для некоторых больных после перенесения их в АРХИВ можно не заканчивать обработку текущего поступления, а попытаться пройти цикл до конца. Для этого проще всего назначать их для ввода на центральной машине,но не удалять из БТП, как это было рекомендовано на этапе 2. Здесь как раз лучше всего выбрать какое-либо отделение и работать с ним. Суточная выписка будет составлять 2-3 больных, что позволяет не торопясь решать все проблемы.

Не торопитесь переходить к этому этапу, не закончив с отладкой предыдущего! Болтающиеся в БТП больные, ожидающие ввода, будут создавать путаницу и накапливаться, затрудняя решение задач этапа 2. А если ведение БТП будет занимать все рабочее время центральной машины, ввести данные этих больных полностью все равно не удастся.

По окончании ввода и проверки данных полностью введенных больных нужно распечатывать текущие выписки и с врачами анализировать полученный результат. Можно попробовать посчитать таблицы деятельности стационара за соответствующий интервал времени и поработать с поисковой системой. Если полученные результаты похожи на правду - Вы на верном пути!

По окончании этого этапа Вы будете реально оценивать возможности системы БКР и затраты времени на ее поддержку, выясните, целесообразно ли вводить формализованный эпикриз, удовлетворяет ли врачей объем вводимых данных и справочников, а также полученные выходные документы. Операторы приобретут необходимые навыки по работе с программами, вводу данных, чтению эпикризов и историй болезни.

Возможно, потребуется дополнительная работа с врачами или изменение технологии. Тогда можно некоторое время не переходить к следующему этапу, выясняя возникшие вопросы. При нормальном функционировании базы текущих поступлений на этом этапе будет исправно пополняться АРХИВ, будут вестись суточные сводки и т.д., то есть полной остановки работы не произойдет.

### Ввод ИБ в объеме статистической карты выбывшего из стационара (Ф66)

Этот этап может и не выполняться, если только на следующем этапе (см. ниже) не возникло серьезных проблем. Вводить только данные статкарты выбывшего имеет смысл тогда, когда не хватает людей для ввода историй болезни в полном объеме или если качество заполнения врачами историй болезни делает невозможным ввод данных прямо из них, а внедрить формализованный эпикриз не удалось.

Статистическая карта выбывшего из стационара (Ф66) является все-таки формализованным документом, который врачи так или иначе обязаны заполнять при бумажной технологии. Ввод данных в ее объеме обычно не вызывает противоречий и позволяет получить стандартные отчетные формы анализа деятельности стационара за любой интервал времени и расширить класс задач, решаемых поисковой системой.

На этом этапе удобно отрабатывать технологию распределенного ввода данных (перенос на РМ) и расчета ежемесячных таблиц Ф66. А вот выписка из истории болезни скорее всего не будет содержать достаточной информации.

### Ввод данных в полном объеме

Этот этап является заключительным (победным!). Теперь информационная система БКР в полном объеме справляется с поставленными задачами и можно уделить внимание анализу получаемых данных. На этом этапе становятся возможными: автоматизированная переброска данных в популяционный регистр (формирование электронных выписок), освобождение врачей от заполнения бумажных выписок из истории болезни и карт выбывшего из стационара.

 ВНИМАНИЕ! Подготовленные с помощью компьютерной системы БКР **выписки необходимо обязательно давать на просмотр и подпись врачам**. Мы предлагаем приурочить это к еженедельным совещаниям заведующих отделениями клиники, к которым Вы должны подготовить распечатанные выписки за неделю.

## Расширение АРХИВА

При условии бесперебойной работы с системой есть смысл расширять данные архива, поднимая ретроспективу (см. соответствующий раздел). После этого будет возможность анализировать деятельность стационара в сравнении с прошлыми годами, проводить анализ выживаемости и т.п.

Данная последовательность этапов является рекомендуемой. Естественно, при анализе проблем конкретного стационара может быть разработана другая последовательность действий для достижения тех же результатов.

***УСПЕХОВ!***

# КОММЕНТАРИИ К СООБЩЕНИЯМ ОБ ОШИБКАХ

Каждое сообщение об ошибке в данных о больном имеет свой числовой код и уточняющий характер сообщения идентификатор:

***Е*** - ошибка - подлежит обязательному исправлению оператором;

***W*** - предупреждение (данные могут быть либо ошибочными либо правильными - в зависимости от конкретной вводимой истории болезни).  Не оставляйте без внимания предупреждения, **нередко это потенциальная ошибка**;

***С*** - автоматически исправимая ошибка (программа контроля сама устранила эту ошибку в данных в момент проверки).

Большая часть сообщений несет достаточно полную информацию об ошибочной или подозрительной ситуации в данных. Сообщения, имеющие обобщенные формулировки, как правило, дополняются выводом содержимого того поля, в котором допущена ошибка, что позволяет оператору сразу же разобрать ее смысл. Ниже дополнительно прокомментированы отдельные сообщения, при появлении которых могут возникнуть вопросы.

 ВНИМАНИЕ! Ошибки допускают и операторы, и врачи, поэтому в некоторых случаях работникам БКР придется контактировать с лечащим врачом для устранения возникших неточностей в ИБ. Однако **ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПРОВЕРЬТЕ СЕБЯ**: правильно ли была перенесена в компьютер информация из ИБ или эпикриза.

## E «Неверна фамилия/имя/отчество ...»

В указанном поле использованы символы, не входящие в российский либо украинский алфавит, или не совпадающие с символами «-», «/», «.». Чаще всего подобная ошибка возникает при попытке занесения в поле «Фамилия» фамилии, имени и отчества вместе (т.е. обнаруживается символ пробела « «).

## E «Неверен код ...», «Неверно закодирован ...»

Означает, что кода указанного поля нет в Справочнике, т.е. нет среди допустимых значений данного поля.

Если такое сообщение касается полей «Перенесенные/сопутствующие заболевания» либо «Раннее осложнение лечения» и при этом указан **код 0**, а Вы не можете понять в чем дело - знайте, что скорее всего Вы добавили в список значений одного из этих полей пустой элемент и ничем его не заполнили. Это можно увидеть только, если Вы пройдетесь по списку значений поля, где найдена эта ошибка, клавишей-стрелкой. Тогда рано или поздно Вы попадете на пустой элемент (черная пустая строка), который, к сожалению, не видно на экране без прохода по нему курсором (это маленький недостаток подпрограмм ввода, с которым мы пока не справились).

## E «Неверна дата ...»

Для большего числа полей типа «дата» означает, что указанной даты не существует в календаре (например, 0 день месяца или месяц или год, 31 апреля, 30 февраля и т.п.) или же указан год больший, чем текущий. Ниже перечисляются некоторые специфические ситуации, когда дате разрешено быть неполной:

1. для даты рождения *обязательно указание* *года рождения* (день и месяц могут не указываться, если они не известны);
2. в датах появления первых признаков заболевания, постановки диагноза, установления нового состояния в записях наблюдения за больным и дате последнего наблюдения *может быть не указан день месяца;*
3. если некоторый курс лечения больного происходил не в условиях стационара данной клиники и не известны точные даты начала и окончания этого лечения, то в них *можно не указывать день месяца*.

## W «Адрес противоречит признаку житель ...»; «Адрес противоречит месту проживания ...»; «Признак 'житель села' противоречит месту проживания ...»

Означает, что в адресе имеется комбинация символов («г», «пгт», ...), обычно применимая для обозначения города или поселка городского типа, а в соответствующем поле стоит значение «житель села» или же, наоборот, в адресе имеется комбинация символов, обычно применимая для обозначения села («с»...), а в соответствующем поле стоит значение «житель города». Аналогично, сообщается о противоречивости информации в полях «Место жительства» и «Адрес» или «Место жительства» и «Житель города/села». Вообще-то в адресе должна соблюдаться соответствующая логика.

## W «Нет данных о диагнозах»

Вполне допустимая в БКР ситуация, когда в стационаре был непрофильный больной, а именно - не имеющий диагноза, относящегося к новообразованиям (скорее всего, за время нахождения его в стационаре у него было снято подозрение на опухоль). В таком случае достаточно указать ему только диагноз (код МКБ) при выбытии из стационара в соответствующем поле записей поступления в стационар и не заносить в базу Диагнозов что-нибудь на манер «клинический диагноз»=«опухолевый процесс не обнаружен», «локализация»=«желчный пузырь» (если, например, у больного был холецистит).

 Впрочем, нередко в Диагнозах хранят предраковые и опухолеподобные заболевания (что, очевидно, делается с дальним прицелом что-нибудь по ним когда-нибудь исследовать), изрядная часть которых нами предусмотрена в разделе «Морфология/Клинический диагноз» и даже кодируется кодами МКБ.

## C «Поведение заболевания ... не соответствует морфологическому типу»

Скорее всего Вы изменили что-то в поле «Морфология/Клинический диагноз», но не «дошли» курсором до поля «Характер заболевания» (если бы дошли - характер поменялся бы автоматически).

Перечень морфологических типов новообразований, содержащийся в Справочнике БКР, взят из МКБ-О (2 издания) и дополнен некоторыми видами опухолеподобных поражений, которые, по мнению специалистов лаборатории патогистологии УкрНИИОР, было бы существенно выделять из общего числа неопухолевых заболеваний.

В Перечне морфологических типов МКБ-О помимо морфологии новообразования приводятся также и характеристики его обычного поведения (злокачественное/ доброкачественное/ in situ/ пограничной злокачественности - т.е. не определенное, как злокачественное либо доброкачественное). Кодировка морфологий в Справочнике БКР произведена таким образом, что поведение новообразования автоматически выбирается соответствующим его обычному поведению. Изменение характера поведения какого-либо новообразования (за исключением новообразования пограничной злокачественности) приводит к появлению вышеуказанного сообщения об ошибке и автоматической корректировке поля «поведение новообразования». **Исключение сделано только для новообразований пограничной злокачественности, которым разрешено уточнять поведение, изменяя его на доброкачественное либо злокачественное, если патоморфологическое заключение содержит точное указание такого поведения данного новообразования.**

 ВНИМАНИЕ! Поскольку вопрос о наличии столь жесткой зависимости между морфологической формулировкой и поведением опухоли не решен окончательно (как в рамках поставляемой программы БКР так и в справочной литературе по патоморфологии), *то мы готовы выслушать все авторитетные мнения по данному вопросу.*

## W «Верно ли, что пограничная опухоль ... имеет характер поведения ... ?»

Предупреждение появляется в том случае, если опухоли, которая согласно действующему варианту МКБ-О считается пограничной, был указан доброкачественный либо злокачественный характер поведения в соответствии с врачебным диагнозом. Если характер поведения должен быть все-таки пограничным (т.е. в ПГЗ явно нет указания на злокачественность или доброкачественность данной опухоли), то необходимо войти в поле «Характер заболевания» диагноза и изменить его значение на «Новообразование пограничного характера» («Новообразование, не уточненное как злокачественное либо доброкачественное») (код 1).

 Кстати, нередко это свидетельство именно ошибочной ситуации, когда больному все-таки вначале указали ЗН или ДН, а затем поправили диагноз на опухоль, считающуюся пограничной, но не поправили при этом характер поведения опухоли (поле «Характер заболевания»), т.к. в других случаях это поле корректируется автоматически. Следует помнить, что **автоматическая корректировка характера поведения** опухоли происходит **всегда, кроме тех случаев, когда в поле «Морфология/Клинический диагноз» введено название пограничной опухоли.**

## W «Пограничная опухоль ... вероятно должна быть заменена на ..., т.к. имеет характер...»

Такое сообщение может появится, если патогистолог или клиницист указали формулировку, обычно используемую для пограничной опухоли, а поведение явно указали другое (например, злокачественное) и Вы совершенно правильно его поправили с «пограничного» на «злокачественное» в поле «Характер заболевания». Нередко бывает, что в таком случае опухоль (в соответствии с МКБ-О или классификацией ВОЗ) имеет несколько другое название, о чем Вам этом сообщение и говорит.

 Однако может быть, что Вы не совсем правильно выбрали из перечня терминов, содержащихся в разделе Справочника БКР «Морфология/Клинический диагноз», ту формулировку, которая указана врачом.

Яркий пример: диагноз «Пузырный занос злокачественный» вводят как «Морфология»= «Пузырный занос», «Характер заболевания»=«Злокачественный», в то время как в списке значений поля «Морфология/Клинический диагноз» (т.е. в соответствующем разделе Справочника) есть полный термин «Пузырный занос злокачественный», которому автоматически справедливо будет выставлено значение «Характер заболевания»=«Пограничная опухоль».

Поэтому **в случае появления такого сообщения** лучше будет проконсультироваться с врачом о том, какая формулировка наиболее приемлема в данном случае. Кстати, ВОЗ рекомендует ознакомить патогистологов с перечнем морфологических терминов, содержащемся в МКБ-О для того, чтобы они, по возможности, использовали содержащиеся в нем формулировки.

## Е «Код МКБ <код> не соответствует морфологии процесса либо его локализации»

Возникает обычно в том случае, когда оператор не «дошел» курсором до конца экранной формы при вводе данного диагноза, а следовательно, не сработала функция автоматического кодирования по МКБ. Такая ситуация вероятнее всего произойдет в момент корректировки одного из полей, на основании которых выставляется код МКБ. Войдите в экранную форму и доведите курсор до полей «Характер заболевания» и «МКБ».

## С (W) «Стадия должна быть <новое значение> на основании (p)TNM в диагнозе с МКБ=...»

Означает, что значение стадии, выставленное врачом, не соответствует выставленному им же значению индексов TNM(pTNM). Поэтому стадия автоматически заменяется правильным значением, вычисленным на основании TNM(pTNM) и других сведений о данной опухоли. В тех регистрах, где мы по Вашей просьбе отключили автоматическое исправление стадии, это сообщение будет только предупреждающим. Но тогда вся ответственность за неверное стадирование будет Ваша! Кстати, пострадает таблица качества Ваших данных, не говоря уже о самом качестве данных.

 Для правильного стадирования ряда новообразований (костные, мягкотканные) *необходима* правильно указанная *степень дифференцировки* новообразования. Если степень дифференцировки не указана, Вы получите неправильную стадию.

**Необходимо помнить**, что в случае, когда при занесении в компьютер значений индексов TNM ошибся оператор, то и стадия тоже будет выставлена ошибочно! Для исправления своей ошибки оператору достаточно исправить индексы TNM (pTNM) и заново запустить процедуру контроля по **<F10>**.

## W «Проверьте правильность выставления TNM (pTNM) в диагнозе с МКБ=...!»

Означает, что значения индексов TNM(pTNM) не соответствуют ни одной возможной для данной опухоли комбинации этих индексов, описанной в международной классификации TNM. Например, стадирование меланомы кожи возможно только по индексам pTNM, и если их нет - контроль выдаст это сообщение.

## W «Почему pTNM выставлено без гистологического подтверждения д-за?»

Классификация новообразований по индексам TNM постулирует обязательность гистологической верификации как первичной, так и метастатической опухоли для выставления врачом значений индексов pTNM = не Х (см. Классификацию TNM).

## W «Локализация первичного очага ... маловероятна для возраста больного»; «Морфологический тип опухоли ... маловероятен для возраста больного»

Здесь проверяются маловероятные и редко встречающиеся в раннем возрасте локализации новообразования: простата, шейка матки - в возрасте до 5 лет, пищевод, прямая кишка, желчный пузырь, плевра, молочная железа, матка - в возрасте до 20 лет. Проверяются редко встречающиеся в молодом возрасте (до 15 или до 25 лет) новообразования по их морфологическому типу.

Перечень маловероятных комбинаций взят из разработки МАИР («Сопоставимость и контроль качества при регистрации рака». Технический отчет МАИР №19. Лион, 1994).

## W «Опухоль ... маловероятна для возраста больного»

Проверяются сомнительные комбинации морфологии, локализации новообразования и возраста больного (первоисточник тот же).

## W «Локализация первичного очага ... не соответствует полу больного»; «Морфологический тип опухоли ... не соответствует полу больного»

Проверяются подозрительные комбинации морфологии, локализации новообразования и пола больного (первоисточник тот же).

## W «Локализация новообр-я ... не согласуется с его морфологическим типом ... (предположительно ...)»

Проверяются предложенные ВОЗ и МАИР семейства соответствия между морфологическим типом опухоли и локализацией ее первичного возникновения. Некоторые несоответствия, принятые ими, не бесспорны (в частности, вызывает сомнение то, что меланома по этим правилам соответствия не может возникать в кишках), однако **подавляющее большинство таких сообщений говорит об ошибке, допущенной при регистрации диагноза, или в самом диагнозе**. Консультируйтесь с патогистологами, уточняйте первичную локализацию с врачом.

## С "Морфологический тип ... должен быть заменен на ..., т.к. диагноз не верифицирован морфологически»

Будет появляться в том случае, когда оператор внесет в поле «Морфология/Клинический диагноз» значение «Рак (опухоль эпителиальная злокачественная)» - что неправильно в случае, когда диагноз не верифицирован гистологом),- а не «Рак (опухоль злокачественная не классифицированная)», что наиболее точно соответствует чисто клиническому (не верифицированному морфологически) диагнозу «Рак». Смешивание этих двух формулировок связано с тем, что в русском языке часто употребляется чисто клинический термин «Рак» (т.е. «Cancer» - злокачественное новообразование, независимо от его генеза) вместо термина «Карцинома» («Carcinoma» - злокачественная опухоль, возникшая из эпителиальной ткани).

## W «Желательно уточнить локализацию первичного очага (предположительно ...)»

Появляется в том случае, когда в поле «Локализация первичной опухоли» внесено значение, которое может быть уточнено, т.е. указана только область тела, а не конкретный орган, первичная ткань, и т.д.. Чаще всего желательно уточнить ткань (мягкие ткани, кожа, кость). Предположительная более точная локализация указывается в предупреждении в тех случаях, когда на основании значения поля «Морфология/Клинический диагноз» можно говорить о месте обычного возникновения опухоли такого типа.  Это, однако, не означает, что указание более точной локализации может делать сам регистратор - в любом случае придется контактировать с врачом. Приучайте их к точным формулировкам первичной локализации вместо расплывчатых «плечо», «голень» и т.п. Вряд ли онколог не должен осознавать таких подробностей об опухоли, которую он лечит.

Если локализация первичной опухоли не уточнена, такой диагноз будет отнесен к неточным («где-то там»), что выразится и в соответствующем коде МКБ. Количество таких диагнозов является одним из показателей качества данных регистра (и по международным меркам) и говорит как о качестве диагностики, так и может свидетельствовать также о качестве регистрации диагнозов (то есть о нашей работе).

## E «Морфологический тип ... может относится только к метастазу»

Означает, что Вы пытаетесь описать как первичную локализацию орган, в котором обнаружена опухоль, которая по ее морфологическому типу может относиться только к метастазу (описывается кодом поведения 6 в МКБО) либо неясно, к метастазу или к первичной опухоли (описывается кодом поведения 9 в МКБО). Таких пока немного, в частности: «Карциноматоз», «Саркоматоз», «Метастатический перстневидно-клеточный рак» («Опухоль Крукенберга»), «Псевдомиксома брюшины».

 Для правильного кодирования таких диагнозов кодом МКБ нужно, чтобы в поле «Локализация» диагноза была указана любая формулировка из ветки «Неуточненная первичная локализация с уточненной локализацией метастаза» либо «неизвестно» из Справочника локализаций. Любая другая формулировка расценивается как *локализация первичного новообразования* и при контроле считаться ошибкой. При этом в базе Наблюдения нужно с той же датой указать в поле «Что установлено»=«М анонимной опухоли», и в поле «Локализация» - точную локализацию обнаруженного метастаза. Причем таких записей в Наблюдениях может быть несколько - по количеству обнаруженных вторичных очагов. Если же диагноз содержит только, например, «Карциноматоз» и нет возможности узнать, где именно (или врачу легче перечислить, где его нет, чем где есть) - тогда в поле «Локализация» диагноза указывается «генерализованное новообразование неуточненной первичной локализации» из той же упомянутой выше ветки Справочника.

Если же этот диагноз по сути является вторичным проявлением другого диагноза (метастазом другой опухоли), зарегистрированного в базе Диагноз, то место такого вторичного диагноза только в базе Наблюдения: поле «Что установлено»=«отдаленный М», поле «Локализация»=точная локализация обнаруженного метастаза.

## W «Верно ли, что кода МКБ при выписке ... нет среди диагнозов больного?

Чаще всего такое сообщение возникает, когда онкобольной поступал в стационар с подозрением на появление рецидива либо метастаза, однако в процессе его пребывания в стационаре выяснилось, что у него в данный момент нет продолжения опухолевого процесса, и в коде МКБ при выписке указано другое (неопухолевое) заболевание. Бывает оно также и тогда, когда больной вначале имел некоторый онкодиагноз, который впоследствии был изменен на другой, однако код МКБ первоначального диагноза остается как код заболевания, с которым больной пребывал и лечился в свое время в стационаре.

## E «Распространенность первичного очага ... повторяет локализацию первичного очага»;W «Распространенность первичного очага ... является более точной, чем первичная локализация»

Орган (или его часть), в который проросла первичная опухоль, не может быть частью того органа или той его части, который считается первичным очагом поражения. Пример: нельзя указывать в качестве первичной локализации «желудок», а локализацией распространения первичной опухоли «кардиальный отдел желудка». В таком случае нужно либо уточнить локализацию первичного очага, либо грамотно описать ту локализацию, в которую опухоль прорастала.

 Примите во внимание то, что средствами нашей программы мы не можем отследить все допускаемые в описании первичной опухоли и ее распространения ляпсусы! Это, в частности, касается диагнозов с т.н. КЭР и ГЭР, при которых первичный очаг - кардиальный отдел желудка (в первом случае) или другой отдел желудка (во втором случае), а среди локализаций распространения опухоли скорее всего есть пищевод (или его часть), но ни в коем случае не наоборот. Также это касается диагнозов, в которых первичный очаг - голень (неуточненная), а распространение - на кость голени. Тут вся надежда на Вашу бдительность и некоторое знание анатомии.

## W «Не нужно ли отметить летальный исход в осложнениях лечения?»

Если в реквизите «результат последнего наблюдения» отмечена смерть от осложнений лечения, то весьма вероятным (но не обязательным!) является появление отметки «летальный исход» среди осложнений одного из проведенных хирургических лечений.

Следует помнить при этом, что указание летального исхода в числе осложнений хирургического лечения необходимо для того, чтобы это лечение пополнило графу «послеоперационная летальность» в отчетных таблицах о деятельности стационара. Указывать летальный исход как осложнение для лечения другого вида не требуется.

## W «Верно ли, что летальный исход лечения от ... не отображен в результате последнего наблюдения?»

Ситуация, обратная к описанной в предыдущем пункте: если среди осложнений лечения отмечен «летальный исход», то весьма вероятно (но не обязательно), что в реквизите «результат последнего наблюдения» должна быть отмечена смерть от осложнений лечения.

## W «Дата начала спецлечения меньше даты постановки диагноза»

Предполагается, что специальное лечение (т.е. такое, которое не имеет характеристики «не по поводу ЗН» в поле «Характер лечения») не может быть начато до момента постановки диагноза ЗН. Однако в ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ случаях (когда, например, диагноз был изменен с ЗН на другое заболевание и, следовательно, заменена дата постановки диагноза) такое несоответствие дат может иметь место.

## W «Верно ли, что поступления N... из записей лечения нет в записях стационара?»

Если данные в БКР заносятся ретроспективно, то допустимо не вносить в Архив те записи о предыдущих поступлениях в стационар данной клиники, которые не понадобятся для подсчета каких-либо отчетных таблиц по деятельности стационара.

## E «Неверен номер записи стационара ... в поступлении номер N...»

Свидетельствует о том, что произошли не зависящие от оператора искажения в данных стационара, относящихся к указанному поступлению (нарушения в индексах, неверные ссылки при попытке привязать лечение к записям стационара и т.п.). Администратору БКР рекомендуется произвести копирование на бумагу всей информации базы данных Стационар, относящейся к указанному поступлению в стационар данного больного, затем удалить из этого файла все записи указанного поступления и тут же ввести их заново. Затем, если необходимо, осуществить привязку к ним записей лечения.

## Е «Лечение от ... должно относиться к одному из отделений клиники за соответствующее поступление»

Означает, что указанная запись лечения содержит номер поступления в стационар, однако не имеет ссылки на какое-либо из отделений, где пребывал больной в период этого поступления (при просмотре табличной формы записей лечения данного больного при установке курсора на строку с указанным курсом лечения в подстрочнике выводится строка «????????»). Для оформления такой ссылки используйте клавиши <**Shft-F2**>, стоя курсором на строке лечения, подлежащего привязке к записям стационара.

## W «Радикальное лечение невозможно после паллиативного»

Скорее это проблема лечащих врачей, а не тех, кто заносит данные ИБ в компьютер. Однако необходимо знать, что невозможно проанализировать некорректно описанные данные о лечении. Поэтому работникам БКР рекомендуется в такой ситуации посоветоваться с лечащим врачом с целью правильного отображения характера лечения (чтобы изменить характер лечения либо в данном поступлении либо в предыдущих) .

## W «Нельзя относить больного к 3 клингруппе после паллиативного лечения!»

Очевидно, что неправильно описаны либо характер лечения больного, либо его клиническая группа при выбытии из стационара.

## E «Операция ... не может быть пробной»

Пробным хирургическим вмешательством может считаться только торакотомия или лапаротомия (и т.п.).

## С «Операция .. .может быть пробной только при лечении ЗН (заменена на диагностическую)»

Пробным хирургическим вмешательством может считаться только торакотомия или лапаротомия (и т.п.), причем применительно к больному, которого в данное поступление в стационар лечили по поводу злокачественного новообразования. Если же в это поступление он пребывал в стационаре не по поводу ЗН (что определяется приписанным данному поступлению больного кодом МКБ при выбытии из стационара), то такая операция может расцениваться только как диагностическая.

## W «Больной поступил в отд-е на ... дней позже начала лечения в нем <дата начала лечения>«; «Больной выбыл из отд-я на ... дней раньше, чем окончил лечение в нем <дата окончания лечения>«

Часты случаи, когда курс лечения начинается *несколько* раньше, чем пациент поступает в стационар и/или оканчивается после выписки из стационара. Сообщение выдается во избежание серьезных ошибок в датах (например, указания неверного года), когда разрыв между пребыванием в стационаре и началом (или концом) курса лечения исчисляется десятками (сотнями) дней.

## W «Верен ли рез-т наблюдения ... при отсутствии первичного очага во всех диагнозах ЗН?»

Если ни один из диагнозов пациента не содержит указания локализации первичной опухоли, то невозможно указание таких фактов как «М регионарный», «М отдаленный» и т.п.

## W «Верен ли рез-т наблюдения ... при наличии первичного очага во всех диагнозах ЗН?»

Формулировка «М анонимной опухоли» применима только в тех случаях, когда неизвестна первичная локализация опухоли. Ее наличие в наблюдениях у больного, диагноз которого содержит указание первичной локализации, возможно только в том случае, если первоначально больному был поставлен диагноз анонимного рака, который впоследствии был изменен.

## E «Укажите точную лок-цию для… вместо «неуточненная первичная…» в наблюдениях»

Ветка Справочника, содержащая «неуточненные первичные лок-ции с М …», предназначена исключительно для использования в диагнозе в качестве первичной локализации с целью правильного автоматического кодирования анонимных ЗН. Использовать значения из нее в других базах нельзя и бессмысленно.

## W «Рез-т наблюдения ... невозможен после диссеминации СОЗ»

Консультации с ведущими специалистами УНИИОР по этому поводу говорят о том, что после диссеминации системного опухолевого заболевания невозможно появление любого другого рецидива СОЗ (т.е. каждый возникший после этого рецидив должен рассматриваться как рецидив диссеминации).

## Е «Код МКБ ... при последнем выбытии из стационара не соответствует патологоанатомическому диагнозу»

Код МКБ в последней записи стационара должен совпадать (хотя бы до третьего знака включительно) с кодом МКБ, проставленном в патологоанатомическом заключении.

# Параметры командной строки программы HCR.EXE

Программа ***HCR.EXE*** может запускаться с параметрами командной строки (ключами). Для того, чтобы использовать эту возможность, для запуска программы наберите:

>HCR.EXE <ключ>

В настоящей версии поддерживаются следующие параметры (ключи):

* **ARH** – тогда при входе в программу Вы попадаете не в главное меню, а сразу в раздел Данные Архива (только для центральной машины!)
* **BTP** - при входе Вы попадаете в раздел Текущие поступления в стационар (только для ЦМ!)
* **F16** - при входе Вы попадаете в раздел Подсчет таблиц Формы 16 (Только для ЦМ!) – **устарел с момента выделения режима работы с Ф16 в отдельную программу *F16.EXE***
* **NEW** - при работе с картотекой используется сценарий ввода усеченных данных (только Паспортные и Диагноз). Используется для массового довведения данных прошлых лет.
* **SPEED** - запускается тестирование скорости. Можно использовать для определения оптимальной конфигурации компьютера - нормальной считается конфигурация, при которой выдаваемый показатель по крайней мере не ниже тактовой частоты компьютера (чем больше - тем лучше).
* **PACK** - производится принудительная паковка каталога данных. Рекомендуется периодически запускать на рабочих местах, особенно при заметном замедлении скорости их работы.
* **UNERASE** - запуск в режиме восстановления удаленных (например, утраченных при переносе) карточек. Запускать без крайней нужды не рекомендуется! При восстановлении возможно появление системных ошибок! ОБЯЗАТЕЛЬНО ЗАПУСКАЙТЕ ПРОВЕРКУ ОШИБОК НА ВОССТАНОВЛЕННЫХ ДАННЫХ!

# ОПИСАНИЕ ТАБЛИЦ ФОРМЫ 16 "УЧЕТ ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕК СТАЦИОНАРА"

Программой БКР в режиме "Подсчет таблиц формы 16" (см. главу «Обработка текущих поступлений в стационар») формируется несколько таблиц. Наряду с общепринятой формой 1016/у "Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек", формируются также широко используемые в клиниках таблицы "Деятельность стационара за месяц", "Справка о движении больных и коек за сутки" (здесь - "Сводная ведомость за сутки").

## Таблица "Сводная ведомость по клинике за сутки"

Отчетным периодом таблицы являются сутки. Таблица содержит 15 колонок; по вертикали разбита по отделениям клиники, последняя строка содержит данные по всей клинике в целом. Если в клинике учитываются профили коек, то каждая строка таблицы, соответствующая одному отделению, имеет подстроки для каждого профиля койки внутри отделения; аналогичным образом выделены подстроки для профилей коек внутри всей клиники в целом.

**Колонка 1** "Состоит на начало отчетного периода" содержит количество больных, состоявших в отделениях, клинике и на койках указанных профилей отделений/клиники в начале отчетных суток.

**Колонка 2** "Поступило больных всего" содержит общее количество больных, поступивших в клинику, отделения и на койки указанных профилей отделений/клиники за отчетные сутки.

**Колонка 3** "Поступило больных, из них жителей данного города" содержит количество больных - жителей данного города - поступивших в клинику, отделения и на койки указанных профилей отделений/клиники за отчетные сутки.

Как правило, эта цифра важна для клиник областных и районных центров. Для того, чтобы эта графа заполнялась правильно, необходимо указать код выделяемого города (а для колонки 15 и код выделяемого региона - области либо района) во время инсталляции системы БКР (см. раздел "Файл конфигурации системы").

**Колонка 4** "Поступило больных, из них сельских жителей" содержит количество больных - жителей села, поступивших в клинику, отделения и на койки указанного профиля отделений /клиники за отчетные сутки.

**Колонка 5** "Поступило больных, из них до 17 лет" содержит количество больных детей в возрасте до 17 лет (с 2006 года) включительно, поступивших в клинику, отделения и на койки указанных профилей отделений /клиники за отчетные сутки.

**Колонка 6** "Поступило больных, из них сельских жителей до 17 лет" содержит количество больных детей в возрасте до 17 лет (с 2006 года) включительно, проживающих в селе и поступивших в клинику, отделение и на койку указанного профиля отделения /клиники за отчетные сутки.

**Колонка 7** "Переведено больных внутри клиники из других..."

В строке для отделения в целом содержит количество больных, переведенных в указанное отделение из других отделений за отчетные сутки. В строке для коек определенного профиля некоторого отделения она содержит количество больных, переведенных на койки указанного профиля указанного отделения с коек других профилей как других отделений, так и данного отделения за отчетные сутки.

Для коек определенного профиля всей клиники эта ячейка содержит количество переводов на койки указанного профиля с коек других профилей. Для всех коек всей клиники эта ячейка содержит количество переводов как из отделений в отделения, так и с коек одних профилей на койки других профилей внутри отделений.

Для всей клиники эта цифра будет совпадать с ячейкой той же строки колонки 8.

ВНИМАНИЕ! Если больной переведен из другого отделения в указанное отделение и при этом профиль койки его не изменился, то он попадет в ячейку перевода в строке отделения, но не попадет в соответствующую ячейку подстроки для какого-либо профиля койки.

Аналогичным образом, может быть ситуация, когда больной не переводился из отделения в отделение, но был переведен с койки одного профиля на другой. В таком случае он попадает в число переведенных на койку указанного профиля, но не попадает в строку общих переводов в указанное отделение.

Если же больной одновременно был переведен и в указанное отделение, и на указанный профиль койки (например, с койки дневного стационара отделения лекарственной терапии на койку круглосуточного стационара хирургического отделения), то он попадает и в ячейку "переведено из других отделений" строки хирургического отделения и в ячейку той же колонки подстроки этого отделения для коек круглосуточного стационара.

**Колонка 8** "Переведено больных внутри клиники в другие..."

В строке для отделения в целом содержит количество больных, переведенных из этого отделения в другие отделения клиники за отчетные сутки.

Различия в подсчете переводов из отделения в другие отделения и/или с койки на койку другого профиля аналогичны описанным для колонки 7.

Для клиники в целом эта цифра будет совпадать с ячейкой колонки 7.

**Колонка 9** "Выписано всего" содержит число выписанных за отчетные сутки из отделений, клиники и с коек указанных профилей отделений/клиники.

**Колонка 10** "Выписано, в том числе в другой стационар" содержит число выписанных за отчетные сутки из отделений, клиники и с коек указанных профилей отделений/клиники в другую клинику.

**Колонка 11** "Умерло" содержит число умерших за отчетный день в отделениях, клинике и на койках указанных профилей отделений/клиники.

**Колонка 12** "Состоит на конец отчетного периода всего" содержит общее количество больных, состоящих в отделениях, клинике и на койках указанных профилей отделений/клиники на конец отчетного дня.

**Колонка 13** "Состоит на конец отчетного периода сельских жителей" содержит количество больных - жителей села, состоящих в отделении, клинике и на койках указанных профилей отделений/клиники в конце отчетных суток.

**Колонка 14** "Состоит на конец отчетного периода жителей данного города" содержит количество больных - жителей данного города (см. комментарий к колонке 3), состоящих в отделениях, клинике и на койках указанных профилей отделений/клиники в конце суток.

**Колонка 15** "Состоит на конец отчетного периода жителей данного региона" содержит количество больных - жителей данной области либо района (см. раздел 11.б "Файл конфигурации системы"), состоящих в отделениях, клинике и на койках указанных профилей отделений/клиники в конце отчетных суток.

## Таблица "Деятельность стационара за месяц"

Таблица составляется для каждого отделения клиники, а также для всей клиники в целом. Если в клинике учитываются профили коек, то такая таблица формируется и для каждого профиля койки как внутри каждого из отделений, так и внутри всей клиники. Таблица содержит 15 колонок; по вертикали разбита по дням отчетного месяца, последней идет итоговая строка за весь месяц.

**Колонка 1** "Состоит на начало отчетного периода (к/д)" содержит количество больных, состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля отделения/клиники в начале указанного в левой колонке дня месяца. Это же значение соответствует количеству койко-дней, проведенных больными в отделении/клинике или на койках данного профиля отделения/клиники за данный день месяца.

В строке "Итого" ячейка колонки 1 содержит общую сумму койко-дней, проведенных больными в отделении/клинике или на койках данного профиля отделения/клиники за весь месяц.

**Колонка 2** "Поступило больных всего" содержит общее количество больных, поступивших в отделение/ клинику или на койки данного профиля отделения/клиники за сутки.

Строка "Итого" в ячейке колонки 2 содержит общее количество больных, поступивших в отделение/ клинику или на койки данного профиля отделения/клиники за весь месяц.

**Колонка 3** "Поступило больных, из них жителей данного города" содержит количество больных - жителей данного города, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за сутки. Как правило, эта цифра важна для клиник областных и районных центров.

Для того, чтобы эта графа заполнялась правильно, необходимо указать код выделяемого города (а для колонки 15 и код выделяемого региона - области либо района) во время инсталляции системы БКР (см. раздел 11.б "Файл конфигурации системы").

Строка "Итого" в ячейке колонки 3 содержит общее количество больных - жителей данного города, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за месяц.

**Колонка 4** "Поступило больных, из них сельских жителей" содержит количество больных - жителей села, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за сутки.

Строка "Итого" в ячейке колонки 4 содержит общее количество больных - жителей села, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля за месяц.

**Колонка 5** "Поступило больных, из них до 17 лет" содержит количество больных детей в возрасте до 17 лет (с 2006 года) включительно, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за сутки.

Строка "Итого" в ячейке колонки 5 содержит общее количество больных детей до 17 лет включительно, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за месяц.

**Колонка 6** "Поступило больных, из них сельских жителей до 17 лет" содержит количество больных детей в возрасте до 17 лет (с 2006 года) включительно, проживающих в селе и поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за сутки.

Строка "Итого" в ячейке колонки 6 содержит общее количество больных детей до 17 лет включительно, проживающих в селе и поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за месяц.

**Колонка 7** "Переведено больных внутри клиники из других..." содержит в таблице для отделения количество больных, переведенных в данное отделение **из других** **отделений** за сутки. Если таблица составляется для коек определенного профиля определенного отделения, то эта колонка содержит количество переведенных **с коек другого профиля** на койки данного профиля данного отделения (т.е. сюда просуммируются и те больные, которые переведены с коек другого профиля того же отделения).

 ВНИМАНИЕ! Для коек некоторого профиля некоторого отделения эта колонка содержит переводы на койку данного профиля данного отделения с коек других профилей как других отделений, так и данного отделения.

Для коек всех профилей некоторого отделения эта колонка содержит только переводы из других отделений в данное отделение.

Для коек всех профилей всей клиники эта цифра представляет собой сумму количества переводов из отделения в отделение (не взирая на то, менялся при этом профиль койки или нет) и количества переводов с коек одного профиля на койки другого профиля внутри отделений (т.е. переводов, не вошедших в переводы из отделения в отделение). Для клиники она будет совпадать с соответствующей ячейкой колонки 8.

В строке "Итого" ячейка колонки 7 содержит аналогичные цифры за весь отчетный месяц.

**Колонка 8** "Переведено больных внутри клиники в другие..." содержит количество больных, переведенных из данного отделения в другие отделения клиники за сутки. В отчете по клинике в целом эта цифра будет совпадать с ячейкой этой же строки в колонке 6. Если таблица составляется для определенного профиля койки, то эта колонка содержит количество переведенных с коек данного профиля на койки другого профиля.

В строке "Итого" ячейка колонки 8 содержит аналогичную цифру за весь отчетный месяц. Для всей клиники эта цифра будет совпадать с содержимым ячейки колонки 7.

Все замечания относительно содержимого колонки 6 в равной степени касаются и содержимого колонки 8.

**Колонка 9** "Выписано всего" содержит число больных, выписанных за сутки из отделения/клиники или с коек данного профиля данного отделения/клиники.

В строке "Итого" в колонке 9 содержится общее число выписанных из отделения/клиники или с коек данного профиля данного отделения/клиники за весь отчетный месяц.

**Колонка 10** "Выписано, в том числе в другой стационар" содержит число больных, выписанных за сутки из отделения/клиники или с коек данного профиля данного отделения/клиники в другую клинику.

В строке "Итого" в колонке 10 содержится общее число выписанных из отделения/клиники или с коек данного профиля данного отделения/клиники в другую клинику за весь месяц.

**Колонка 11** "Умерло" содержит число умерших за сутки в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники.

В строке "Итого" в колонке 11 содержится общее число умерших в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за весь месяц.

**Колонка 12** "Состоит на конец отчетного периода всего" содержит общее количество больных, состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники на конец указанных в самой левой колонке суток.

**Ячейка "Итого" в колонке 12 всегда пустует (количество состоящих на конец месяца больных можно увидеть в соответствующей ячейке последнего дня месяца).**

**Колонка 13** "Состоит на конец отчетного периода сельских жителей (к/д)" содержит количество больных - жителей села, состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля в конце суток.

 ВНИМАНИЕ! В ячейке "Итого" колонки 13 содержится общая сумма койко-дней, проведенных больными - жителями села в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за весь месяц (заметим, что общая сумма койко-дней считается не по "состоящим на конец...", а по "состоящим на начало...", однако помещается в этой колонке для экономии места).

**Колонка 14** "Состоит на конец отчетного периода жителей данного города (к/д)" содержит количество больных - жителей данного города (см. комментарий к колонке 3), состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники в конце суток.

 **ВНИМАНИЕ!** В ячейке "Итого" колонки 14 содержится общая сумма койко-дней, проведенных больными - жителями данного города в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за весь месяц. (Общая сумма койко-дней считается не по "состоящим на конец...", а по "состоящим на начало...", однако помещается в этой колонке для экономии места.)

**Колонка 15** "Состоит на конец отчетного периода жителей данного региона (к/д)" содержит количество больных - жителей данной области либо района (см. раздел "Файл конфигурации системы"), состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники в конце суток.

 **ВНИМАНИЕ!** В ячейке "Итого" колонки 15 содержится общая сумма койко-дней, проведенных больными - жителями данного региона в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за весь месяц. (Общая сумма койко-дней считается не по "состоящим на конец...", а по "состоящим на начало...", однако помещается в этой колонке для экономии места.)

## Таблица "Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек"

Таблица составляется для каждого отделения клиники, а также для всей клиники в целом. Если в клинике учитываются профили коек, то такая таблица формируется и для каждого профиля койки как внутри каждого из отделений, так и внутри всей клиники.

Таблица содержит 16 колонок; по вертикали разбита по месяцам, кварталам, добавлены строки для полугодия, итога за 9 месяцев, а также итога за год.

**Колонка 1** "Состоит на начало отчетного периода" содержит количество больных, состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники на начало указанного в левой колонке отчетного периода.

Колонка **2** "Поступило больных всего" содержит общее количество больных, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля данного отделения/клиники за данный период.

Колонка **3** "Поступило больных, из них жителей данного города" содержит количество больных - жителей данного города, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля данного отделения/клиники за данный период.

Обычно эта цифра важна для клиник областных и районных центров. Для того, чтобы эта графа заполнялась правильно, необходимо указать код выделяемого города (а для колонки 16 и код выделяемого региона - области либо района) во время инсталляции системы БКР (см. раздел "Файл конфигурации системы").

**Колонка 4** "Поступило больных, из них сельских жителей" содержит количество больных - жителей села, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля данного отделения/клиники за данный период.

**Колонка** **5** "Поступило больных, из них до 17 лет" содержит количество больных детей в возрасте до 17 лет (с 2006 года) включительно, поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля данного отделения/клиники за данный период.

**Колонка** **6** "Поступило больных, из них сельских жителей до 17 лет" содержит количество больных детей в возрасте до 17 лет (с 2006 года) включительно, проживающих в селе и поступивших в клинику/отделение или на койки данного профиля клиники/отделения за данный период.

**Колонка 7** "Переведено больных внутри клиники из других..."

Для коек некоторого профиля некоторого отделения эта колонка содержит переводы на койку данного профиля данного отделения **с коек других профилей** как других отделений, так и данного отделения.

Для коек всех профилей некоторого отделения эта колонка содержит только переводы **из других отделений** в данное отделение.

Для коек всех профилей всей клиники эта цифра представляет собой сумму количества переводов из отделений в отделение (не взирая на то, менялся при этом профиль койки или нет) и количества переводов с коек одного профиля на койки другого профиля внутри отделений (т.е. переводов, не вошедших в переводы из отделения в отделение).

Для всей клиники эта цифра должна совпадать с ячейкой этой же строки в колонке 8.

**Колонка 8** "Переведено больных внутри клиники в другие..."

Для коек некоторого профиля некоторого отделения эта колонка содержит переводы с коек данного профиля данного отделения **на койки других профилей** как других отделений, так и данного отделения.

Для коек всех профилей некоторого отделения эта колонка содержит только переводы **из данного отделения** в другие отделения.

Для коек всех профилей всей клиники эта цифра представляет собой сумму количества переводов из отделений в отделение (не взирая на то, менялся при этом профиль койки или нет) и количества переводов с коек одного профиля на койки другого профиля внутри отделений (т.е. переводов, не вошедших в переводы из отделения в отделение).

В отчете по клинике в целом эта цифра будет совпадать с ячейкой этой же строки в колонке 7.

**Колонка 9** "Выписано всего" содержит число выписанных за отчетный период из отделения/клиники или с коек данного профиля данного отделения/клиники.

**Колонка 10** "Выписано, в том числе в другой стационар" содержит число выписанных за отчетный период из отделения/клиники или с коек данного профиля данного отделения/клиники в другую клинику.

**Колонка 11** "Умерло" содержит число умерших за отчетный период в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники.

**Колонка 12** "Состоит на конец отчетного периода" содержит количество больных, состоявших в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники на конец указанного в самой левой колонке отчетного периода.

**Колонка 13** "Проведено койко-дней всеми больными" содержит количество койко-дней, проведенных больными в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за отчетный период.

**Колонка 14** "Проведено койко-дней сельскими жителями" содержит количество койко-дней, проведенных больными - жителями села в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за отчетный период.

**Колонка 15** "Проведено койко-дней жителями данного города" содержит количество койко-дней, проведенных больными - жителями данного города (аналогично колонке 3) в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за отчетный период.

**Колонка 16** "Проведено койко-дней жителями данного региона" содержит количество койко-дней, проведенных больными - жителями данного региона (см. описание колонки 3) в отделении/клинике или на койках данного профиля данного отделения/клиники за отчетный период.

# ПРИЛОЖЕНие 1. МНОЖЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

\* \* \*

**МЕЖДУНАРОДНОЕ АГЕНТСТВО ПО ИССЛЕДОВАНИЮ РАКА**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ КАНЦЕР-РЕГИСТРОВ**

(внутренний номер отчета 94/003)

**Лион, Франция, февраль 1994**

**(** ВНИМАНИЕ! **ЭТО ПРАВИЛО ПРИМЕНИМО ДЛЯ ПОПУЛЯЦИОННЫХ РЕГИСТРОВ РАКА. В больничных регистрах допускается занесение нескольких диагнозов, не соответствующих этим правилам, в базу Диагноз. Главное, чтобы все эти диагнозы касались только первичных опухолей, а не метастазов или рецидивов.)**

Существенная интенсификация исследования и наблюдения раковых больных (что способствовало обнаружению малых и малейших поражений), использование методов лечения, которые сами по себе являются канцерогенными, увеличение сроков выживания привели к более частому нахождению множественных первичных опухолей у одного больного.

Канцер-регистрам необходимо отличать факт нового первичного рака (который должен регистрироваться как новый случай заболевания) от распространения уже существовавшего рака. Для сравнимости данных с течением времени необходимо, чтобы канцер-регистр выработал правила определения такого различия. Обзор практики регистрации (например, в Европе - Х.Шторм, 1992) продемонстрировал широкое разнообразие правил определения того, является ли факт множественного рака новой первичной локализацией.

Для сравнимости данных *между* регистрами существенно важно, чтобы они применяли одинаковые правила. По этой причине Международное агентство по исследованию рака (МАИР) и Международная ассоциация канцер-регистров (МАКР) выработали набор правил, которые можно было бы использовать для сравнительных исследований. Эти правила являются простыми в использовании и относительно более консервативными при классификации частых множественных раков, нежели многие другие схемы. Благодаря этому, регистрам будет легко перекодировать согласно критериям МАИР/МАКР первично-множественные раки, зарегистрированные по их собственным правилам, в случае, если данные будут планироваться для межрегистрового сравнения. В частности, эти правила МАИР/МАКР были использованы в международных исследованиях для составления отчета «Рак на пяти континентах». Краткое изложение этих правил:

1. Признание существования двух или более первичных раков не зависит от времени.
2. Первичный рак - это рак, который происходит из первичной локализации или ткани и, таким образом, не является ни распространением, ни рецидивом, ни метастазом.
3. Только одно новообразование может быть признано в пределах одного органа либо парных органов или ткани. Для опухолей, закодированных по МКБ-О первого издания (или по МКБ-9) один орган или ткань определяются одинаковыми трехзначными кодами.

В МКБ-О Второго издания и МКБ-10 используются более детализированные коды топографии. Некоторые группы кодов рассматриваются как один орган для целей определения первично-множественного рака. Эти группы топографических кодов приведены в Табл.1.

*Мультицентрическая* опухоль - т.е. состоящая из разрозненных частей множественная опухоль, которая явно не является продолжением другой первичной опухоли, происходящей из *того же* первичного органа или ткани (например, мочевой пузырь), таким образом, расценивается как единственная опухоль.

4. Правило 3 не применяется при следующих двух обстоятельствах:

4.1. При системных или мультицентрических раках, которые потенциально вовлекают много разрозненных органов. Сюда входят три морфологических группы: лимфомы, лейкозы и саркома Капоши (см. группы 7, 8, 9 в Табл. 2). Они учитываются только по одному случаю у каждого индивидуума.

4.2. Другие специфические морфологические типы - группы 1,2,3,5,6 в Табл.2 - расцениваются как различные при определении первично-множественного рака. Т.о. "другой" рак (из другой морфологической группировки по определению групп 1,2,3,5,6) в том же органе расценивается как новая опухоль. Группы 4 и 10 включают опухоли неточно определенные гистологически и, следовательно, НЕ МОГУТ СЧИТАТЬСЯ ОТЛИЧНЫМИ ОТ ДРУГИХ ГРУПП.

**ТАБЛИЦА 1:** *ГРУППЫ ТОПОГРАФИЧЕСКИХ КОДОВ МКБ-О ВТОРОГО ИЗДАНИЯ, КОТОРЫЕ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК ЕДИНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ РАКОВ.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| С01 | Основание языка |  |
| С02 | Другие и неуточненные части языка | МКБ-О-1: 141 |
|  |  |  |
| С05 | Небо |  |
| С06 | Другие и неуточненные части полости рта | МКБ-О-1: 145 |
|  |  |  |
| С07 | Околоушная железа |  |
| С08 | Другие и неуточненные большие слюнные железы | МКБ-О-1: 142 |
|  |  |  |
| С09 | Миндалина |  |
| С10 | Ротоглотка | МКБ-О-1: 146 |
|  |  |  |
| С12 | Грушевидный синус |  |
| С13 | Гортаноглотка | МКБ-О-1: 148 |
|  |  |  |
| С19 | Ректосигмоидное соединение |  |
| С20 | Прямая кишка | МКБ-О-1: 154 |
|  |  |  |
| С23 | Желчный пузырь |  |
| С24 | Другие и неуточн. части желчевыводящего тракта | МКБ-О-1: 156 |
|  |  |  |
| С30 | Полость носа и среднее ухо |  |
| С31 | Добавочные пазухи | МКБ-О-1: 160 |
|  |  |  |
| С33 | Трахея |  |
| С34 | Бронх и легкое | МКБ-О-1: 162 |
|  |  |  |
| С40 | Кости, суставы и суставные хрящи конечностей |  |
| С41 | Кости, суставы и суставные хрящи других и неуточненных локализаций | МКБ-О-1: 170 |
|  |  |  |
| С60 | Мужской половой член |  |
| С63 | Другие и неуточненные мужские половые органы | МКБ-О-1: 187 |
|  |  |  |
| С64 | Почка |  |
| С65 | Почечная лоханка |  |
| С66 | Мочеточник |  |
| С68 | Другие и неуточненные мочевые органы | МКБ-О-1: 189 |
|  |  |  |
| С74 | Эндокринная железа |  |
| С75 | Другие эндокринные органы и родственные структуры | МКБ-О-1: 194 |

**ТАБЛИЦА 2:** *ГРУППЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, КОТОРЫЕ ПО ИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ РАССМАТРИВАЮТСЯ КАК "РАЗЛИЧНЫЕ" ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ (адаптировано из Berg, 1994)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа |  |  |
|  | **Карциномы** |  |
| 1 | Плоскоклеточные: | 805-813\* |
| 2 | Аденокарциномы: | 814, 816, 818-822, 825-850, 857, 894, 852-855, 857, 894 |
| 3 | Другие специфические карциномы: | 803-804, 815, 817, 823-824, 851, 856, 858-867 |
| (4) | Неуточненные (карциномы БДУ): | 801- 802 |
| 5 | **Саркомы** и другие новообразования мягких тканей: | 868-871, 880-892, 899, 904, 912-934, 937, 954-958 |
| 6 | **Другие уточненные** специфические типы рака: | 872-879, 893, 895-898, 900-903, 905-911, 935-936, 938-953, 972-974 (976 - только для МКБ-О-2) |
| 7 | **Лимфомы**: | 959-971 (975 –только для МКБ-О-1) |
| 8 | **Лейкозы:** | 980-994 |
| 9 | **Саркома Капоши:** | 914 |
| (10) | **Неуточненные** типы рака: | 800 (999 - только для МКБ-О-1) |

\* Для РАКА КОЖИ допускается рассматривать плоскоклеточные и базально-клеточные раки как различные.

Ссылки на литературу:

Berg,J.W. (1994) Morphological classification of human cancer. In: Schottenfeld,D. & Fraumeni,J.F.,Jr, eds, Cancer Epidemiology and Prevention, Second Edition. Philadelphia,Saunders (in press)

Storm,H.H. (1992) The international standard of population-based cancer-registries within the EEC,1978-82. Med Forsch.4:144-125.

# ПРИЛОЖЕНие 2. О проблемах привязки лечения к отделению стационара

Переход на привязку лечения не к поступлению в целом, а к конкретной записи стационара, как всегда, кроме новых возможностей, создал целую кучу проблем. **В идеале это должно работать так**:

*При заведении новой записи лечения ей* ***автоматически*** *присваивается номер поступления, равный* ***последнему*** *поступлению в стационар, и номер записи стационара, равный номеру* ***последней записи*** *стационара за это поступление (т.е. той, которая соответствует отделению, из которого больной выбыл из клиники). В таблицы Формы 20 это лечение подсчитается как раньше - за отделением, из которого больной* ***выбыл из клиники****. При желании и наличии переводов внутри клиники можно привязать это лечение к* ***любой*** *записи стационара за это поступление с помощью клавиши* ***<Shift-F2>, после этого*** *Вы из списка записей стационара выбираете нужную и нажимаете <****ENTER>****. (Например, больной лежал в отделении хирургии, переводился в ХТ, откуда и выписался. Ему сделали операцию. По умолчанию при вводе эта операция привяжется к отделению ХТ, но с можно и нужно ее привязать к отделению хирургии.)*

*Номер поступления в лечении мы* ***закрыли для изменений****, поскольку он связан со стационаром. А если все-таки нужно привязать лечение к записи стационара за предыдущее поступление (например, при довведении) - можно использовать комбинацию клавиш* ***<Ctrl-F2>.*** *Она работает аналогично, но можно выбрать запись стационара за* ***любое*** *предыдущее поступление. Тогда при привязке изменится также номер поступления в лечении.*

*Лечение может быть* ***не привязано*** *ни к какой записи стационара* ***тогда и только тогда****, если Вы внесли в больничный регистр информацию о лечении в другом лечебном учреждении. В этом случае номер поступления, как и соответствующей записи стационара, будет выставлен в 0. Это также можно сделать при привязке лечения по* ***<Shift-F2>*** *(«Лечение вне стационара»).*

*То, к какому отделению привязана текущая запись лечения, указывается программой внизу табличной формы со списком лечений. Для лечения, не привязанного к записи стационара, рисуется* ***«??????????».***

Начальная привязка лечений была сделана в виде перекодировки с версии 2.05 на 2.06 и должна была запуститься автоматически еще летом 1997 года.

Какие выявлялись проблемы?

Перекодировка по загадочным причинам отработала не до конца, и старые лечения оказались никуда не привязанными. (Донецк). Результат: новые поступления вводятся нормально, а старые - рисует «?????».

В самом первом варианте можно было редактировать номера поступления, и некоторые особо продвинутые операторы так и делали, не пользуясь <Ctrl-F2>. В результате - при подсчете все лечения прошлых лет числились за последним поступлением. Причем заметить это было весьма тяжело, особенно при совпадении отделений - даты лечения и номер поступления правильные, снизу пишется то же отделение, а то, что оно привязано к предыдущему поступлению - косвенно ясно только из сообщения при проверке ошибок: несоответствие дат лечения и стационара. Но это мы быстро прикрыли.

Самый трагичный случай (Донецк, Кривой Рог): на ЦМ все привязывается, на каком-то РМ - нет. Получается «????????» вместо отделения в лечении, и номер поступления тоже обнуляется. После переноса данных с этой РМ на центральной машине - тоже ерунда. Причина этого - старые-старые данные в каталоге переноса данного РМ. Вообще-то они должны были удаляться при переносе, но иногда почему-то оставались. В них еще не было никаких номеров стационара, и при переносе они обнулялись. Если у Вас проявлялись такие симптомы - УДАЛИТЕ все файлы во всех каталогах переноса рабочих мест - IN и OUT!. Само собой, рабочие места стоит вообще переинсталлировать после перекодировок, **но об этом было сказано в инструкции!**

И еще случай: с 01.01.1998 больной лежит в отделении ХТ, получает лечение, 13.01.1998 переводится в другое отделение, получает операцию, затем 01.02.1998 переводится обратно в ХТ и оттуда выписывается 13.02.1998. Автоматически все лечение будет привязываться к последней записи стационара (ХТ с 01.02.1998 по 13.02.1998). Оператор может заметить, что операция числится за отделением ХТ, и перепривязать ее правильно. А вот лечение, полученное 01.01.1998 в том же отделении ХТ, визуально относится к этому отделению, хотя и не к тем датам, и оператор может обломаться перепривязывать. А это может отрицательно сказаться на койко-дне до начала лечения - ведь лечение от 01.01.1998 осталось привязано к стационару с датой поступления 01.02.1998!

Все эти вещи приводят к хаосу в таблицах Формы 20 и хирургической активности. Уделите особое внимание соответствию лечения и стационаров, особенно там, где практикуются частые переводы из отделения в отделение! Используйте программу проверки данных. В случае обнаружения массовых ошибок несоответствия дат лечения и стационара попытайтесь установить их источник.

Особо мерзкие ошибки можно попытаться убрать с помощью программы ***LECHSTAC.EXE***. Первоначально эта программа дублировала действия при начальной перекодировке, потом получила самостоятельное применение. Для того, чтобы ее использовать, можно предварительно сформировать список. ***LECHSTAC.EXE*** не трогает те лечения, которые уже привязаны к какой-либо записи стационара. Если Вам не нравится - перепривязывайте ручками.

В любом случае, если что-то в Вашей работе вызывает вопросы и отличается от описанного выше идеала - сразу попытайтесь разобраться, в крайнем случае - спросите у нас.

**Резюме:** если у Вас проблемы с привязками лечения к стационару - выполните следующие действия:

1. Обновите версию Больничного Регистра, просмотрите протокол перекодировки. Версия должна быть не ниже 2.06.
2. Подсчитайте таблицу или показатели «Анализа деятельности». Посмотрите, есть ли вопросы по операциям, койко-дням до лечения и т.п.
3. Запустите программу ***CHECKER.EXE***. Если данных слишком много - сформируйте поиском список людей, выписанных за интересующий Вас интервал, и запустите ***CHECKER.EXE*** хотя бы по ним. Просмотрите протокол, если есть ошибки несоответствия дат лечения и стационара - попытайтесь подобрать им одно из приведенных выше объяснений или придумайте свое.
4. Если однотипных ошибок достаточно много и они связаны с обнуленным номером поступления или стационара - найдите в инсталляционном пакете программу ***LECHSTAC.EXE***, скопируйте в подкаталог BIN и запустите. Можно для начала по тому же списку. Ознакомьтесь с протоколом работы. Единственное, на что можно не обращать внимания - лечение в день перевода. Это в принципе нормально, и перекодировка привязывала его к отделению, **куда** переводили. Если не согласны - меняйте.
5. Если кое-что перепривязали нормально, попробуйте снова пересчитать таблицы или выборочно пересмотреть больных, в которых были проблемы.

 Помните: ***LECHSTAC.EXE*** не будет трогать те лечения, для которых есть правдоподобные объяснения. Например:

* лечение действительно могло начаться раньше даты поступления или закончиться после выписки больного;
* в пределах одного поступления лечение может числиться не за тем отделением, где больной в этот период находился, а в другом, из которого или в которое был переведен, и скажут, что так и надо;
* лечения вне Вашего стационара действительно не будут привязаны ни к одной записи стационара и т. д.

Если запустить ***LECHSTAC.EXE*** с параметром командной строки: 0, то лечения с 0-м номером поступления также будут привязаны к какой-нибудь записи стационара, если это возможно. Пример командной строки:

> LECHSTAC.EXE 0

# ПРИЛОЖЕНие 3

 ВСЕМ ЛЮБИТЕЛЯМ БОЛЬНИЧНОГО РЕГИСТРА! Ниже Вам будут представлены все сообщения, содержащиеся в файлах UPDATE.TXT из пакетов новых версий БКР. Прежде всего, они понадобятся тем, кто «перепрыгивал» возможно через одну/несколько версий, и следовательно, не смог ознакомиться со всеми сообщениями, а только с тем, которое ему выдает программа обновления последней версии. Они полезны также всем, кто не потрудился сделать себе подборку всех таких сообщений при обновлении версий для своих нужд.

## В версию 2.08 внесены следующие изменения и дополнения:

### Добавлено поле "Код подрайона"

Это поле становится доступным, если установить значение переменной конфигурации "Будем ли вводить коды подрайонов"="Да". Редактировать список подрайонов можно, зайдя в программе инсталляции в режим "редактирование переменных конфигурации".

**Коды подрайонов должны совпадать с имеющимися в Х30!!!** При передаче в Х30 код подрайона будет переноситься. Если Вы не уверены, что он Вам нужен именно в Больничном регистре - лучше не вводите. Больные с неуказанным кодом подрайона будут при переносе вХ30 искаться по всем подрайонам, и это лучше, чем указать кому-то код подрайона неправильно и поставить его на учет повторно в другом подрайоне. Так как код подрайона можно рассматривать только совместно с кодом региона, при редактировании справочника нужно указывать этот код в виде шестизначного: первые четыре цифры - код региона, последние две - подрайона. Например: "040101" - 8 гор. больница г. Луганска. С помощью кода подрайона можно, например, посчитать и разбить лечившихся у Вас жителей города по подрайонам и т.п.

### На поле "АДРЕС" подвешен справочник

Зачем это нужно? Исключительно для Вашего удобства. Вам неудобно - не пользуйтесь. Или предложите, как сделать удобнее. Цель этого справочника - облегчить для операторов больничного регистра кодирование районов-подрайонов. В справочник можно занести Ваши улицы или, например, села. Нажав F2 при вводе поля "Адрес", Вы можете спозиционироваться на нужной улице и нажать ENTER. При этом в поле "Адрес" помещается соответствующая строка, и Вы можете к ней приписать номер дома, кв. и т.д. А в поле "Код подрайона" поместится соответствующий этой улице код. Более того, если Вы, выбрав эту улицу, противоречите указанному Коду Места жительства, этот код также будет изменен.

Допускается иметь несколько строк, соответствующих одной улице, но относящихся к разным подрайонам. Тогда не забудьте в комментарии указать критерий, по которым коды подрайонов различаются. Комментарии по текущему элементу (если есть) выводятся внизу списка.

Элементы при вводе делятся на следующие части:

* Вид - укажите здесь «ул.», «пер.», «просп.», «с.» и т.п. - будет вписываться в поле "Адрес" непосредственно перед Названием;
* Название - по этому элементу проводится поиск, просто если начать его набирать по буквам; например, «ЛЕН» - скорее всего Вы будете находиться на (улице, переулке, селе и т.п.) имени Ленина.
* Код региона - шестизначный; см. Х30
* Комментарий - имеет смысл, если хотите разделить одну улицу между несколькими районами, например, "Правая сторона" - код подрайона 1, "Левая" - 2, и т.п.

В справочник можно добавлять элементы или копировать имеющиеся, изменяя то, что нужно. В общем, это то же, что висит на буфере в Х30.

### В "Шаблоны для рекомендаций при выписке" вставлено "Через..."

Это опять-таки сделано для Х30. Если Вы в Х30 пользуетесь полем "Назначено явиться", чтобы, например, печатать вызова и т.д., то при заполнении в шаблоне с помощью клавиши F3 поля "Через сколько дней явиться?" можно после передачи в Х30 получить автоматически (дата выписки + указанное число дней) заполненное поле "Назначено явиться". По умолчанию, во всех шаблонах это поле не заполнено, и в Х30 ничего заполняться тоже не будет. Но если вы решите этим пользоваться - не забудьте проставить нужное число дней в уже имеющихся шаблонах типа "Явиться через 3 месяца" и делать это при создании новых.

### Изменены процедуры передачи в Х30

Теперь можно настроить Ваш больничный регистр на передачу электронных выписок не только в свой же популяционный, но и в чужие популяционные регистры. Каждый из регистров, куда будет осуществляться передача, должен иметь собственный каталог. Эти каталоги можно указать или создать в программе инсталляции ("Создание каталогов для эл. выписок") При перекодировке там автоматически создается запись, соответствующая Вашему диспансеру, и каталогом указывается тот каталог, который был прописан ранее в *DIRS.DBF*. Т.е. Ваш диспансер там появится сам. **Но помните:** если Вы в будущем что-то менять в путях каталогов для электронных выписок - меняйте пути программой инсталляции, а не прямо в *DIRS.DBF*! Теперь раскладка именно этих каталогов хранится в другом файле - \BIN\SPEC\ **B*DIRS.DBF*.**

Зачем нужна такая возможность? При печати текущих выписок данные пациентов со злокачественным диагнозом и Местом жительства из числа прописанных Вами в каталогах для электронных выписок, будут сбрасываться в соответствующий каталог так же, как и для Вашего диспансера. Напомним, что программе Х30 в принципе все равно, откуда пришли электронные выписки, лишь бы там был указан соответствующий код лечебного учреждения. Поэтому Вы можете меняться эл.выписками с дружественными диспансерами, если у Вас лечится значительное число больных из этих регионов. Электронные выписки в указанных каталогах НАКАПЛИВАЮТСЯ, и если в каталоге уже есть выписки, при попытке снова сформировать их будет задан вопрос: переписать или добавить. Таким образом, Вы можете накапливать эл. выписки несколько недель, чтобы потом передать их с оказией (или выслать по E-mail).

Контроль за тем, что нужно делать при очередной печати текущих выписок - переписывать поверх или добавлять, ложится естественно целиком на Вас. Поэтому продумайте технологию, чтобы не терять данные из-за несогласованности.

Особый интерес может представлять передача данных эл. выписок для:

* Донецкого обл. диспансера - в выделенные районы;
* Днепропетровского гор. и обл. диспансеров и Криворожского;
* Киевского гор. онкоцентра в область;
* между Луганском, Донецком, Днепропетровском - но это Вам виднее, много ли больных лечится не в своем диспансере, а в соседних;
* от нас куда угодно (скажите нам, что заинтересованы, и мы, во-первых, сформируем эл. выписки на всех Ваших больных с начала 1999 года и во-вторых, будем Вам периодически высылать их по E-mail);
* естественно, для всех – из собственного больничного в собственный популяционный.

Помните, что бумажные выписки нужно отправлять пока что все равно, это мед.документ с подписью, печатью и т.д., он должен попасть к районкологу по месту жительства. Эл. выписки просто избавляют тех людей, которые попутно вводят эти выписки в машину, от лишней работы. Бумажные, кстати, послужат на первом этапе дополнительным контролем, все ли нормально с автоматизированной передачей.

Обработка каталогов для эл.выписок происходит таким образом. Программа смотрит с начала списка, есть ли каталог для кода региона, в точности совпадающего с местожительством больного. Если же таких нет, проверяется, не является ли какой-либо из каталогов вышележащим для данного кода местожительства в древовидной структуре область-район. Т.е., например, **чтобы передавать электронные выписки в районы, ведущие свою картотеку**, Донецк должен первыми прописать каталоги для Мариуполя, Краматорска и т.д., а уже после них - каталог с кодом своего областного диспансера (500), **чтобы сначала формировались электронные выписки для указанных районов**, и только выписки ДЛЯ ВСЕХ ОСТАЛЬНЫХ жителей данной области передавались в свой областной популяционный регистр. В каком порядке перечислены сами выделенные районы - непринципиально.

### В программу CHECKER.EXE вставлено редактирование списка

Редактировать можно даже списки формата \*.stn ("Поступление")**\***, но этой возможностью злоупотреблять не стоит. Это сделано для облегчения выяснения, кто пошел в какую клетку таблицы. **\*Опция** работы со списком «Поступлений» **отменена!** Оставлена работа только со списком больных.

### Слегка поправлена поисковая система

В частности, добавлено виртуальное поле "Поведение заболевания при выписке", вычисляемое по МКБ при выписке в данных Стационара, для того, чтобы можно было использовать его в кросс-таблицах и т.п.

### Слегка поправлен ABOLIT66.EXE

***Произведена очистка каталогов переноса.***

Так как менялись структуры данных, ОБЯЗАТЕЛЬНО необходимо переинсталлировать рабочие места и не оставить не перекодированных данных где-то еще: новые программы на не перекодированных данных будут вылетать, а при переносе в старые структуры будет теряться информация. В частности, каталоги переноса в Х30 и на РМ / с РМ должны быть очищены. Для этого выполняется специальная перекодировка, но желательно также проверить это еще и визуально: каталоги RM?\IN, RM?\OUT должны БЫТЬ ПУСТЫМИ. Когда в предыдущей версии это правило не выполнялось, кое-где были большие проблемы с "привязкой лечения к стационару".

### Изменения и дополнения в печати выписок.

* Бумажные выписки **теперь не содержат** фразу "ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК", а только перечисляют все диагнозы, имеющиеся у больного.

Причина - в БКР все-таки целесообразнее хранить все диагнозы больного, поскольку клиницистам и ВТЭК хочется видеть в выписках каждую конкретную опухоль. Чаще всего это метахронно (но м.б. и синхронно) возникшие в одном органе или ткани опухоли, которые имеют разные TNM, № гист.заключения и т.п., и которые, ОДНАКО, с т.зр. учета заболеваемости в популяции НЕ ЯВЛЯЮТСЯ множественным первичным ЗН (напр., в мол. железах, разных отделах ободочной кишки и т.д.).

* **Как быть при переносе таких больных в ПКР ?**

Для того, чтобы правильно учитывать такого б-го в ПКР, нужно сначала занести все его диагнозы в базу "Диагноз" ПКР, а затем запустить контроль, который подскажет, какие д-зы НЕ МОГУТ ТАМ ДУБЛИРОВАТЬСЯ, поскольку некоторые из них с т.зрения Правила учета ПМЗН в популяционном регистре (основанного на соответствующих правилах МАИР\МАКР) не являются новыми диагнозами. Поэтому Вам следует оставить в базе "Диагноз" ПКР только один из этих диагнозов (если такие диагнозы появились синхронно - то наиболее "тяжелый" из них, а если метахронно - то наиболее ранний), а остальные диагнозы необходимо перенести в базу "Данные наблюдения" в следующем виде: дата постановки диагноза переносится в дату наблюдения, а в "Что установлено" записать "многоочаговое распространение".

В случае переноса электронных выписок процедура та же, что и при ручном переносе. Возложить выполнение всего этого процесса полностью на компьютер пока представляется весьма проблематичным (придется и оператору немножко переработать). В след.версии Х30 предполагается сделать только клавишу для переноса диагноза из базы "Диагноз" в базу "Данные наблюдения", но слегка подумать все равно нужно человеку. Если диагнозов, расцениваемых как повторные, а не как ПМЗН, больше двух и Вы не уверены в том, которые из них должны уйти в многоочаговые распространения, рекомендуем пользоваться клавишей <Ctrl-F7> - сравнение морфологических типов опухолей в пределах одной лок-ции.

* **При наличии у больного нескольких диагнозов**

в выписке будет фигурировать заболевание, по поводу которого б-й находился в стационаре (в виде кода МКБ и его текстовой расшифровки). Это сделано для информирования, по какому поводу больной был госпитализирован.

### Изменения и дополнения в функциях контроля

* **Изъята проверка выполнения Правила учета ПМЗН**, основанного на соответствующих правилах МАИР\МАКР (код 214). Почему - см.выше.

Добавлен целый ряд проверок, направленных на улучшение качества кодирования первичных диагнозов:

1. **Код 244:** Соответствие между локализацией первичной опухоли и ее морфологическим типом. Эта проверка сделана тоже на основании разработок МАИР, изданных в 1994 году. Точно такие же контроли производятся над данными, поступающими в МАИР при составлении книги "Рак на пяти континентах", и не прошедшие такую проверку случаи исключаются из этого исследования. На мой [немедицинский] взгляд (ЕВС) эти контроли проектировались с ориентировкой на обеспечение правильного перехода от МКБО к МКБ, поэтому мы подключили их, но только в качестве предупреждающего сообщения. НЕ ПОДУМАЙТЕ, пожалуйста, что на это не нужно обращать внимание - практически всегда эти сообщения совершенно обоснованны. Сообщение может содержать также подсказку на ткань или орган, в которых как правило встречается опухоль такого морф.типа, однако это нельзя рассматривать как догму, а только как руководство.
2. **Код 246**: говорит о том, что лок-ция первичного очага указана как неточно определенная область или часть тела. Может содержать также подсказку на ткань или орган, в которых как правило встречается опухоль такого морф.типа.
3. **Коды 241, 242, 243:** проверки соответствия морфологии / локализации опухоли полу / возрасту больного, основанные на правилах из вышеупомянутой книжки. Тоже даны как предупреждения, т.к. у нас в БКР уже встретился гермафродит, да вообще в жизни всякое бывает. Главное - не забывайте, что как правило это все же ошибки.
4. Контроль правильности занесения в регистр диагноза "Рак" без дополнительных уточнений. См.пункт 2 ниже.

### Изменения и дополнения в кодах Справочника БКР (ПКР).

Изменения кодов в Справочнике повлекут соответствующие изменения в Ваших базах, которые выполнит программа DLOK\_98, запускаемая автоматически из ***UPDATE.EXE***.

* Изменились коды некоторых локализаций и добавлены некоторые новые.
* "Рак (опухоль эпителиальная злокачественная)" был перекодирован в "Рак (опухоль злокачественная не классифицированная)" в тех диагнозах, которые НЕ ИМЕЮТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ, поскольку клинический диагноз "Рак", т.е. злокачественное новообразование, нельзя путать с вполне определенной морфологически формой эпителиальной карциномы. **Учтите это и на будущее!** Кстати, контроль этого при вводе тоже добавлен.
* В связи с грядущим переходом на МКБ-10 **Цистаденома пограничная серозная, Цистаденома пограничная муцинозная и Опухоль пограничная муцинозная** уже переведены в раздел ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ (см. МКБ-О 2 издание, основанное на МКБ-10). Обратите внимание, что в их названиях по-прежнему остается слово ПОГРАНИЧНАЯ !
* Фиброаденоматозы в очередной раз перенесены в неопухолевые забол-я.
* Добавлен целый ряд названий неопухолевых заболеваний в раздел Морфологических типов - для того, чтобы не возникало сомнений в том, новообразование ли это, и для правильного кодирования этих заб-й кодами МКБ (автоматически в БКР пока кодируются те неопухолевые, для к-рых код не зависит от лок-ции).

Не забудьте переинсталлировать рабочие места, во избежание проблем.

## Вас приветствует версия 3.00 с возможностью кодирования диагнозов в МКБ-10!!!

Для начала нужно дать отработать программе кодировки всех диагнозов в коды МКБ-10 (как обычно, запускайте UPDATE.EXE, а она сама все сделает).

Для кодов МКБ-10 будет отведено новое поле в базе Диагноз ("MKB10"), а в БКР - и в базах Стационар (поле "MKB10\_VI") и Патологоанатомический диагноз (поле "MKB10\_D").

После окончания кодировки ВСЕМ регистрам нужно ОБЯЗАТЕЛЬНО просмотреть протокол перекодировки DEC\_MKB9.LOG в каталоге LOG. Хуже всех придется тем, кто кодировал диагнозы по МКБ-9 сам и с точностью до 3-го знака. Среди прочих сообщений Вы увидите список перекодированных диагнозов, у которых, однако, требуется уточнить код МКБ-10 (это сообщения с префиксом "???"). Речь идет о следующих диагнозах, которые имеют только не уточненные до 4-го знака коды МКБ-9, и которые будут перекодированы соответственно в указанные ниже коды МКБ-10:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **МКБ9** | **МКБ10** | **Наименование (под)рубрики МКБ-10** |
| 154 | C20 | ЗН прямой кишки |
| 160 | C31 | ЗН придат.пазух |
| 162 | C34 | ЗН бронхов и легкого |
| 164 | C38 | ЗН средостения |
| 187 | C60 | ЗН полового члена |
| 189 | C64 | ЗН почки |
| 233 | D09.9 | Рак in situ других и неуточненных |
| 235 | D37 | Новообр-е неопределенного хар-ра органов пищеварения |
| 236 | D41 | Новообр-е неопределенного хар-ра мочевых органов |
| 237 | D43 | Новообр-е неопределенного хар-ра гол.мозга и ЦНС |
| 238 | D48 | Новообр-е неопределенного хар-ра др.и неуточн.локализаций |
| 211 | D13 | ДН др.и неточно обозн.органов пищеварения |
| 225 | D33 | ДН головного мозга и других отделов НС |

Как видите, соответствие отнюдь не однозначное (посмотрите внимательно, что входило в указанные коды МКБ-9). Надеемся, Вы продумаете, как Вам с этими диагнозами обойтись. Самым простым выходом было бы пройтись по таким диагнозам, и выставить им вручную более точный код МКБ-10, НО НАИЛУЧШИМ - указать у них составные части - точные локализацию и морфологию, и прокодировать их функцией кодирования по МКБ-10, встроенной отныне в программу ввода данных.

Для Вашего удобства программа перекодировки сформирует списочный файл с идентификаторами всех больных, имеющих такие диагнозы – файл NotEx\_10.SEA. Если диагноз по какой-либо причине вообще не был перекодирован, то он попадет в списочный файл NoMkb\_10.SEA. Как работать с такими файлами Вы знаете. Все случаи, требующие Вашего дополнительного вмешательства, будут конечно зафиксированы в текстовом протоколе перекодировки DEC\_MKB9.LOG. Не пропустите!

Обо всех не описанных в данной инструкции несоответствиях и неточностях, замеченных Вами после автокодирования МКБ-10, ПРОСИМ ОБЯЗАТЕЛЬНО СООБЩИТЬ НАМ!

*Все нижеследующее относится только к БКР.*

Настоящая проблема для всех состоит в том, что многие неопухолевые заболевания прокодированы только кодами МКБ-9, а программу преобразования ВСЕХ кодов МКБ-9 в МКБ-10 мы писать не в состоянии: это весьма трудоемкая работа, а доступные нам преобразователи кодов, разработанные другими, используют только переход из 4-х значных кодов МКБ-9 в 4-х зн.коды МКБ-10. Поэтому программа кодирования в МКБ-10 оставит ПУСТЫМИ поля "MKB10" , "MKB10\_VI" и "MKB10\_D" там, где соответствующие коды диагноза не относятся к новообразованиям и не входят в перечень, прилагаемый ниже.

Сообщения обо всех неперекодированных диагнозах будут даны программой в соответствующем текстовом протоколе DEC\_MKB9.LOG (подкаталог LOG). Для Вашего удобства программа перекодировки сформирует списочный файл с идентификаторами всех больных, имеющих диагнозы, которые требуют дополнительного уточнения - файл NotEx\_10.SEA. (Здесь речь идет об онкодиагнозах, которые имеют только не уточненные до 4-го знака коды МКБ-9, и которые будут перекодированы соответственно в указанные в таблице 1-й части инструкции коды МКБ-10. Полагаем, что таких случаев у Вас быть не должно, или же их ничтожно малое количество.) Вообще не перекодированные диагнозы попадут в списочный файл NoMkb\_10.SEA. "Пройтись" по спискам Вы сможете, запустив программу CHECKER.EXE: указать ей один из этих файлов в режиме "Выбор файла списка", а затем работать в "Редактировании списка...".

Сотрудникам БКР нужно просмотреть списки не перекодированных Диагнозов, Стационаров и П/А диагнозов и пройтись по историям болезни, самостоятельно расставляя коды МКБ-10 там, где этого не смогла сделать программа. Всем, кто был в Киеве на семинаре (ноябрь 1998) мы раздали на дискетах российский кодификатор МКБ-10 (он содержит полный перечень 4-х значных рубрик) - файл ICD-10ru.ZIP. Если у Вас есть книги - тем лучше, поскольку за качество вышеуказанного файла никто не отвечает. Существенным его недостатком является отсутствие в нем алфавитного указателя.

П/А диагнозы, казалось бы, можно ПОКА перекодировать только для тех, кто умер в 1999 году. Однако нет гарантии, что при любом поиске, подсчете показателей и т.п., производимых на данных БКР, Вам не понадобятся причины смерти давно уже умерших больных. То же самое можно сказать и об МКБ при выписке из стационара у таких больных.

Что касается МКБ при выписке из стационара у больных, хоть раз поступавших в Ваш стационар в 1999 году, то не забывайте, что программа анализа деятельности стационара пользуется именно этими кодами!

Рекомендуем Вам планомерно перекодировать ВСЕХ, начиная с тех, кто поступал в стационар в текущем году, и следуя в обратном направлении. Решайте сами! Во всяком случае, все опухолевые диагнозы будут уже перекодированы!

BONUS для тех, кто дочитал-таки до конца:

1. Кое-какие неопухолевые диагнозы мы все-таки перекодируем:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **МКБ9** | **МКБ10** | **Наименование рубрики МКБ-10** |
| 11 | A15 | Туберкулез легких |
| 135 | D86 | Саркоидоз |
| 17 | A18 | Туберкулез др.органов |
| 240 | E04 | Простой и неуточненный зоб |
| 241 | E04 | Нетоксический узловой зоб |
| 242 | E05 | Тиреотоксикоз с зобом и без него |
| 243 | E00 | Врожденный гипотиреоз |
| 486 | J18 | Пневмония без уточнения возбудителя |
| 515 | J84 | Послевоспалительный легочный фиброз |
| 531 | K25 | Язва желудка |
| 5310 | K250 | Острая язва желудка с кровотечением |
| 5311 | K251 | Острая язва желудка с прободением |
| 5312 | K252 | Острая язва желудка с кровотеч-ем и прободением |
| 5314 | K254 | Хрон./неут.язва желудка с кровотечением |
| 5315 | K255 | Хрон./неут.язва желудка с прободением |
| 5316 | K256 | Хрон./неут.язва желудка с кровотеч-ем и прободением |
| 532 | K26 | Язва двенадцатиперстной к-ки |
| 5320 | K260 | Острая язва 12-п.к-ки с кровотечением |
| 5321 | K261 | Острая язва 12-п.к-ки с прободением |
| 5322 | K262 | Острая язва 12-п.к-ки с кровотеч-ем и прободением |
| 5324 | K264 | Хрон./неут.язва 12-п.к-ки с кровотечением |
| 5325 | K265 | Хрон./неут.язва 12-п.к-ки с прободением |
| 5326 | K266 | Хрон./неут.язва 12-п.к-ки с кровотеч-ем и прободением |
| 5330 | K270 | Острая пептическая язва с кровотечением |
| 5332 | K272 | Острая пептическая язва с кровотеч-ем и прободением |
| 5334 | K274 | Хрон./неут.пептическая язва с кровотечением |
| 5336 | K276 | Хрон./неут.пептическая язва с кровотеч-ем и прободением |
| 5340 | K280 | Острая гастроеюнальная язва с кровотечением |
| 5342 | K282 | Острая гастроеюнальная язва с кровотеч-ем и прободением |
| 5344 | K284 | Хрон./неут.гастроеюнальная язва с кровотечением |
| 5346 | K286 | Хрон./неут.гастроеюнальная язва с кровотеч-ем и прободение |
| 535 | K29 | Гастрит и дуоденит |
| 537 | K31 | Др.болезни желудка и 12-перстной к-ки |
| 5373 | K315 | Закупорка 12-перстн.кишки |
| 540 | K35 | Острый аппендицит |
| 550 | K40 | Паховая грыжа |
| 5501 | K403 | Паховая грыжа с непрох-тью |
| 552 | K45 | Грыжа брюшной полости с непроходимостью |
| 560 | K56 | Непрох-ть кишечника б/упом.о грыже |
| 5750 | K810 | Острый холецистит |
| 577 | K86 | Др.болезни поджелуд.ж-зы |
| 5770 | K85 | Острый панкреатит |
| 578 | K922 | Желудочно-кишечное кровотечение б/упом.о язве |
| 610 | N60 | Доброкачественная дисплазия мол.ж-зы |
| 611 | N64 | Др.болезни мол.ж-зы |
| 615 | N71 | Воспалит.болезни матки, кроме шейки |
| 617 | N80 | Эндометриоз |
| 618 | N81 | Выпадение женских половых органов |
| 630 | O01 | Пузырный занос |
| 633 | O00 | Внематочная беременность |
| 683 | L04 | Острый лимфаденит |
| 863 | S36 | Травма ЖКТ |
| 868 | S36 | Травма др.органов бр.полости |
| 9974 | K913 | Послеоперационная непроходимость кишечника |

2. Часть неопухолевых (177 наименований), которые автоматически кодировались МКБ-9, также автоматически будут прокодированы в МКБ-10.

3. Рекомендуем поработать с протоколом перекодировки DEC\_MKB9.LOG (подкаталог LOG) следующим образом. Прочесть файл протокола текстовым редактором, скопировать его под другим именем. В скопированном файле задать сортировку по колонке, содержащей коды неопухолевых заболеваний, которые не были перекодированы. Вы получите прелестный УПОРЯДОЧЕННЫЙ по кодам МКБ-9 список всех неопухолевых заболеваний, которые лечились в Вашем заведении и остались неперекодированными. Теперь осталось найти их аналоги в МКБ-10. Но для этого придется поднять Истории болезни, поскольку ОДНОЗНАЧНОГО соответствия 3-хзначных кодов МКБ9->МКБ10 как правило, нет.

После этого в регистрах, где есть смыслящие программисты, могут сами сформировать (например FOXом) списочный файл по текстовой копии (идентификаторы в протоколе есть) и пройтись ручным кодированием по полученному файлу. Это удобнее, чем по спискам, сформированным программой перекодировки, потому что у вас будут идти подряд одинаковые заболевания (т.е.заболевания с одинаковыми кодами МКБ-9).

Те же, кто мало понял из прочитанного в 2-х предыдущих абзацах, просто пройдуться по уже имеющимся спискам программой CHECKER.EXE и прокодируют их по МКБ-10, пользуясь бумажной копией протокола DEC\_MKB9.LOG.

## Версия 3.01

Как установить новую версию больничного канцер – регистра? Для этого необходимо:

* Произвести перенос данных с рабочих мест и полное сохранение данных - мало ли что...
* Закончить текущую работу по приему данных из буфера;
* Скопировать файл HCR\_UPD.ARJ с дискеты в произвольный, желательно пустой каталог жесткого диска Вашей машины и развернуть его с помощью команды: >ARJ X HCR\_UPD
* Запустить программу *UPDATE.EXE*.
* Указать путь к Вашему каталогу Больничного канцер - регистра, например: C:\HCR.
* Подождать некоторое время.
* Если у Вас есть несколько рабочих мест, ПЕРЕИНСТАЛЛИРУЙТЕ их! Сформируйте ЗАНОВО инсталляционные пакеты на ЦМ. Если какие-то служебные файлы (например, шаблоны для вставки в текст - файл SHABLON*.DOM*), то сохраните их где-нибудь для каждого РМ и скопируйте назад в подкаталоги SPEC по окончании перекодировки для каждого из них. Также можно сохранять специфические BAT файлы переноса и т.д., если Вы их модифицировали в соответствии со своими потребностями.

*РАБОТАТЬ НА РМ СТАРОЙ ВЕРСИИ - НИЗЗЗЗЯ!*

Данные не будут перенесены корректно.

* ОБЯЗАТЕЛЬНО убедитесь в корректном окончании перекодировки (наличие соответствующей строки в файле UPDATE.LOG). При наличии каких-либо проблем в ходе перекодировки свяжитесь с разработчиками.
* При работе в условиях локальной сети убедитесь, что были перекодированы каталоги с данными и центральная ЭВМ. Если Вы копировали какие-либо файлы или каталоги на локальные машины для ускорения работы (например, справочник - подкаталог DIC), то не забудьте скопировать новые версии этих файлов. Обязательно убедитесь, что в каталоге NEW рабочего места помещены НОВЫЕ версии файлов баз данных, каталоги переноса очищены и на ЦМ, и на РМ.

!!! В пакет включен файл *HCR\_P.EXE*. Он полностью аналогичен стандартной программе ввода *HCR.EXE*, но скомпилирован в защищенном режиме и использует расширенную память. Если на какой-либо машине стандартная программа ввода необъяснимо зависает - попробуйте скопировать вместо нее *HCR\_P.EXE*.

## Версия 3.02

В новой версии больничного регистра исправлены некоторые сделанные в предыдущих версиях ошибки и неточности, в частности, Таблицах 66. Кардинальных изменений в сравнении с версией 3.00 не производилось.

## Версия 3.03

В версии 3.03 были поправлены некоторые ошибки в таблицах Формы 66, в частности, "По операциям". Также были поправлены некоторые мелкие огрехи и неточности при линкидже с Х30.

## Версия 3.04

Сие есть тайна великая (т.е. текст утерян).

## Версия 3.05 под кодовым названием "С наступающим..."

В версии 3.05 были очередные исправления некоторых ошибок в таблицах Формы 66 "по операциям", ну да это как обычно. Были сделаны принципиально новые таблицы "Анализ деятельности" и "Хирургическая активность" с вертикальной разбивкой по кодам МКБ, и даже показатель к ним. Надеемся, Вам понравится. В этом случае, благодарите Анну Павловну из Кривого Рога - таблицы сделаны по мотивам ее пожеланий.

Исправлены ошибки при обновлениии данных повторного поступления, при переносе из БТП в Архив (некоторые заполненные поля Архива обнулялись).

Поправлены некоторые проверки ошибок.

Данная версия синхронизирована в плане линкиджа данных с версией 3.05 популяционного регистра. Почистите каталоги передачи данных в Х30.

## Версия 3.06 Больничного канцер-регистра под кодовым названием "Мы в отпуске..."!

Здесь произведена перекодировка кист эндометриоидных яичника из доброкачественных н/о в неопухолевые, а миелофиброза - наоборот из неопухолевых - в пограничные н/о. Кроме того, благодаря бдительности Луганского КР мы исправили неверное стадирование шейки матки T3bN0M0 из стадии 3А в стадию 3Б. Были сделаны долгожданные дополнения в разделе справочника "Операции" и кое-что еще.

Теперь по каждой из программ:

***HCR.EXE***

* ВНИМАНИЕ !!!!! Было произведено изменение структур баз (см. ниже). Убедитесь что информация с рабочих мест была полностью перенесена. Зархивируйте данные на всякий случай. После обновления переинсталлируйте рабочие места заново. !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
* Добавлена возможность указывать тип отделения "хирургическое". Для этого после нормального завершения программы обновления зайдите в install.exe-»Редактирование псевдосправочников» в поле «тип отделения» и в столбце "Значение" (последний столбец) укажите «1» (ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!) для тех отделений, которые в Вашей системе считаются хирургическими. См. также описание изменений *ABOLIT66.EXE*
* В базе стационара добавлено поле «Лечащий врач». Для его заполнения необходимо внести информацию по врачам Вашей клиники в псевдосправочник «ЛЕЧАЩИЕ ВРАЧИ».
* В базе диагнозов расширено поле "№ заключения" до 20 символов.

***ABOLIT66.EXE***

* Добавлены таблицы "Абсолютные значения по методам лечения", "Абсолютные значения для методов лечения по МКБ" и два показателя.
* В связи с добавлением новых операций был полностью пересмотрен подсчет таблицы "По операциям". Теперь учитываются все операции.
* "Состав больных" - благодаря предоставленной Луганском детальной информации строки этой таблицы приведны в соответствие с Минздравовской таблицей. Правда надолго ли?
* В таблицах, имеющих в качестве строк разбиение по отделением, добавлена новая строка/строки "По хирургическим". Фактически это сумма по тем отделениям, которым Вы укажете тип "хирургическое"(см.выше).
* Показатели "Анализ деятельности" обычный/за 2 года. В строке "Весь стационар", столбец "Хирург. активность": число \_всех\_ прооперированных больных делится на число выбывших из "хирургических"(!) отделений, в отличие от строки "По хирургическим", в которой берется число прооперированных в хирургических(!) отделениях.
* При подсчете анализа деятельности теперь не учитываются переводы на профили внутри отделения. Cледствие: реанимацию можно указывать как отдельный профиль и перевод оформлять как перевод внутри отделения на профиль "реанимация". С другой стороны, поскольку у нас в Институте профили не поддерживаются, то и проверить это нововведение нам сложнее. Поэтому как только замечаете какие-то неточности при подсчете - СРАЗУ сообщайте!!!
* Добавлена поддержка макросов.

***NEW\_MESS.EXE***

* Разделена печать выписки и формы 66. Теперь выписки хранятся, как и раньше, в файле mess.txt, а ф66 - в файле f66.txt
* В выписке не печаталась форма роста для полых органов - исправлено.
* Исправлена ошибка с переносом в популяционный лечений вне стационара. Некорректно заполнялись место и тип лечебного учреждения.

***F\_POISK3.EXE***

* Сделан нормальный поиск по трехзначному коду МКБ-10.
* Немного обновлен список стандартных запросов.
* При формировании списка другого формата удаляются дублирующиеся записи.

## Версия 3.07 Больничного канцер-регистра под кодовым названием "Осень настала..."!

***HCR.EXE***

* !!!!! ВНИМАНИЕ !!!!! Было произведено изменение структур баз (см. ниже). Убедитесь, что информация с рабочих мест была полностью перенесена. Зархивируйте данные на всякий случай. После обновления переинсталлируйте рабочие места заново. !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
* В базе стационара добавлено поле "Категория поступления". Пока используется только в нашем институте для отслеживания стоимости лечения больного. Когда придумаем, что и как она отслеживает - сообщим дополнительно. Добавлена переменная конфигурации для отключения этой возможности.
* В базе "Доп. данные операции" добавлен "статус операции". По умолчанию все операции "плановые".

***ABOLIT66.EXE***

* Изменился подсчет таблицы "по методам лечения". Теперь туда идут только злокачественные поступления; хирургические лечения идут только при условии, что характер этого лечения радикальный или паллиативный; добавлено число койко-дней для каждого метода лечения.
* Временно исключена таблица "методы лечения по МКБ";
* Таблица "По операциям": операции на коже века теперь считаются в строку 17.0, строки 15.0 ... 15.3 считаются как подразбиение предыдущей, т.е. 15.0 содержит 15.1, которая содержит 15.2 и т.д.

***F\_POISK3.EXE***

* Добавлен менеджер кросс-таблиц. Теперь можно по желанию печатать код/семантику для строк кросс-таблицы и печатать/не печатать проценты.
* Аналогично для "количества" - можно печатать код или семантику. Актуально для МКБ.

***INSTALL.EXE***

* Исправлена ошибка с формированием рабочих мест.

# ПРИЛОЖЕНие 4

## Формализованный эпикриз для солидных опухолей

См.отдельный файл EPIN\_ALL.DOC

## Формализованный эпикриз для системных опухолевых заболеваний

См.отдельный файл EPIN\_SOZ.DOC

# СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ 5

Источники информации о больном 5

Объем вводимой информации об онкобольном 5

Технология ведения Больничного Канцер-Регистра 5

Применение программного комплекса Больничного Канцер-Регистра для решения практических задач стационара 7

СВЕДЕНИЯ О СТРУКТУРЕ ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА 9

Разделение по каталогам 9

Файл конфигурации 10

ИНСТАЛЛЯЦИЯ (Установка) СИСТЕМЫ 12

Требования к технике 12

Настройка сиcтемы при работе с Microsoft© Windows’2000 ™ и Windows NT ™ 12

Инсталляция на центральной машине 13

Настройка на структуру стационара 13

Внесение изменений в «шапки» выходных документов 13

Внесение информации в псевдосправочники 13

Выделение профилей коек в псевдосправочнике БКР (змінено та доповнено у 2017 р.) 14

Настройка для работы в локальной сети 15

Для организации работы в сети следует решить следующие проблемы: 15

Инсталляция рабочих мест 17

Создание инсталляционного пакета для рабочего места 17

Инсталляция рабочего места 17

ОБНОВЛЕНИЕ ВЕРСИИ СИСТЕМЫ БКР 18

ОБРАБОТКА ТЕКУЩИХ ПОСТУПЛЕНИЙ В СТАЦИОНАР 19

Что такое база текущих поступлений (БТП) 19

Идентификация больных в БТП 19

Общие сведения о вводе в БТП 20

Текущая дата, текущее отделение 20

Сбор и отражение сведений о поступлениях больных 20

Корректировка данных в БТП 21

Перевод больного в другое отделение или/и на койку другого профиля 21

Выбытие больного из стационара 21

Выделение профильных коек внутри отделений клиники 22

Расчет суточных сводок и периодических отчетов движения больных (Ф16 и т.п.) 22

Расчет и просмотр оперативных сводок Ф16 23

Работа со списками при подсчете таблиц Ф16 23

Если при подсчете Ф16 обнаружились ошибки в данных 24

Пересчет сводок в случае корректировки данных стационара 25

Архивирование сводок и отчетов Ф16 за прошедший год; использование архивных файлов Ф16 26

Ведение Журнала поступлений в клинику 26

Регистрация выбытий из стационара и переводов из отделений или с коек другого профиля в Журнале поступлений 26

Регистрация поступлений в стационар и переводов в отделения (или на койки другого профиля) в Журнале поступлений 26

Просмотр, корректировка и распечатка записей Журнала поступлений 27

Архивирование записей Журнала поступлений за прошедший год 27

Контроль за приходом историй болезни 28

Обработка прихода истории болезни 28

Для чего нужен режим переноса данных о больном из БТП в архив 28

Где найти выбывших больных 28

Перенос в архив как результат прихода истории болезни 29

Определение первичности/повторности больного (с помощью поиска по фамилии или по идентификатору) 29

Обработка нестандартных ситуаций в БТП 30

Возможности режима «Администратор» 30

Почему не нужно исправлять в БТП данные о больных с полным идентификатором АРХИВА (не «00-....») 31

Ошибочная выписка больного 31

Ошибочная выписка и перенос больного в Архив 31

Ошибочная выписка и перенос больного в Архив с последующей передачей на рабочее место 32

Контроль данных в БТП 32

Что архивировать в конце дня 33

ТехнологиЯ распределенного ввода данных истории болезни 34

Выделение данных для ввода на РМ 34

Общие принципы переноса данных на рабочее место для ввода и введенных данных - в архив 34

Передача данных БКР с центральной машины и сброс их на дискету 35

Вручную 35

Через меню Norton Commander 35

Прием данных БКР с дискеты на рабочем месте 36

Вручную 36

Через меню Norton Commander 36

Выделение введенных данных c РМ и сброс их на дискету 36

Вручную 36

Через меню Norton Commander 36

Прием введенных на РМ данных с дискеты в архив на ЦМ 36

Вручную 36

Через меню Norton Commander 36

Вставка .BAT-файлов переноса данных в меню NORTON COMMANDER 36

Обработка нестандартных ситуаций, связанных с переносом данных на РМ или с РМ 37

Не читается дискета, на которой переносили данные на РМ 37

Данные введенных на РМ больных все-таки утеряны 37

ОБЩАЯ СХЕМА ОПИСАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, принятая в БКР 39

Назначение баз данных БКР 39

Особенности описания и отображения в БКР истории болезни онкологического больного 39

Идентификатор больного 40

Паспортные данные 40

Стационар 40

Описание основного (онкологического) диагноза 42

Регистрация нескольких диагнозов в БКР 44

Описание хронологии лечения 44

Протокол лекарственной терапии (ХТ, ИТ, ГТ) 45

Протокол лучевой терапии 45

Протокол облучения открытыми изотопами 45

Протокол хирургического лечения 45

Осложнения лечения 46

Описание динамики наблюдения 46

Описание сопутствующих патологий 46

Осложнения основного заболевания 46

ВВОД ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В БКР 48

Основные моменты технологии ввода данных истории болезни в БКР 48

Вызов Справочника БКР и работа с ним 48

Маленькие хитрости большого ввода 49

Контроль данных в БКР 51

Проверка данных истории болезни при вводе 51

Тотальная проверка данных АРХИВА БКР 51

Информационно - поисковаЯ система 53

ПОДГОТОВКА ВЫПИСОК И ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ОТЧЕТНЫХ ФОРМ ПО СТАЦИОНАРУ 55

Печать текущих выписок 55

Повторная печать контрольного листа в случае аварийной ситуации 55

Печать эпикризов, анамнезов, карт выбывшего, а также повторная печать выписок 55

Добавление в выборку 55

Работа с выборкой больных 56

Установка вида документа 56

Печать документов 56

Удаление из выборки 56

Меню выбора файла 56

Расчет периодических отчетов движения больных (Ф16) 57

Подсчет таблиц хирургической активности и показателей деятельности стационара 57

Контроль данных на дубликаты. Линкидж данных 59

Проверка дублей 59

Как начать проверку дубликатов 59

Разбор подозрений на дубликат 59

Как соединяются карточки при устранении дубликатов 59

Линкидж данных больничного и популяционного регистров 60

Автоматическая передача данных о выписанных больных 60

Передача данных по списку больных 60

ТЕХНОЛОГИЯ РАСШИРЕНИЯ АРХИВА ВШИРЬ И ВГЛУБЬ 61

Заведение новых записей в архиве 61

Дальнейший ввод данных 61

Создание списка больных для довведения 61

Передача данных для доввода по списку 61

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ БОЛЬНИЧНОГО КАНЦЕР-РЕГИСТРА 63

Подготовительная работа 63

Ввод данных в базу данных БКР 63

Начало работы 63

Ввод данных о движении больных в стационаре ( БТП) 63

Выборочный ввод данных Историй Болезни 64

Ввод ИБ в объеме статистической карты выбывшего из стационара (Ф66) 64

Ввод данных в полном объеме 64

Расширение АРХИВА 65

КОММЕНТАРИИ К СООБЩЕНИЯМ ОБ ОШИБКАХ 67

E «Неверна фамилия/имя/отчество ...» 67

E «Неверен код ...», «Неверно закодирован ...» 67

E «Неверна дата ...» 67

W «Адрес противоречит признаку житель ...»; «Адрес противоречит месту проживания ...»; «Признак 'житель села' противоречит месту проживания ...» 67

W «Нет данных о диагнозах» 68

C «Поведение заболевания ... не соответствует морфологическому типу» 68

W «Верно ли, что пограничная опухоль ... имеет характер поведения ... ?» 68

W «Пограничная опухоль ... вероятно должна быть заменена на ..., т.к. имеет характер...» 68

Е «Код МКБ <код> не соответствует морфологии процесса либо его локализации» 69

С (W) «Стадия должна быть <новое значение> на основании (p)TNM в диагнозе с МКБ=...» 69

W «Проверьте правильность выставления TNM (pTNM) в диагнозе с МКБ=...!» 69

W «Почему pTNM выставлено без гистологического подтверждения д-за?» 69

W «Локализация первичного очага ... маловероятна для возраста больного»; «Морфологический тип опухоли ... маловероятен для возраста больного» 69

W «Опухоль ... маловероятна для возраста больного» 70

W «Локализация первичного очага ... не соответствует полу больного»; «Морфологический тип опухоли ... не соответствует полу больного» 70

W «Локализация новообр-я ... не согласуется с его морфологическим типом ... (предположительно ...)» 70

С "Морфологический тип ... должен быть заменен на ..., т.к. диагноз не верифицирован морфологически» 70

W «Желательно уточнить локализацию первичного очага (предположительно ...)» 70

E «Морфологический тип ... может относится только к метастазу» 70

W «Верно ли, что кода МКБ при выписке ... нет среди диагнозов больного? 71

E «Распространенность первичного очага ... повторяет локализацию первичного очага»;W «Распространенность первичного очага ... является более точной, чем первичная локализация» 71

W «Не нужно ли отметить летальный исход в осложнениях лечения?» 71

W «Верно ли, что летальный исход лечения от ... не отображен в результате последнего наблюдения?» 71

W «Дата начала спецлечения меньше даты постановки диагноза» 71

W «Верно ли, что поступления N... из записей лечения нет в записях стационара?» 71

E «Неверен номер записи стационара ... в поступлении номер N...» 72

Е «Лечение от ... должно относиться к одному из отделений клиники за соответствующее поступление» 72

E «Радикальное лечение невозможно после паллиативного» 72

W «Нельзя относить больного к 3 клингруппе после паллиативного лечения!» 72

E «Операция ... не может быть пробной» 72

С «Операция .. .может быть пробной только при лечении ЗН (заменена на диагностическую)» 72

W «Больной поступил в отд-е на ... дней позже начала лечения в нем <дата начала лечения>«; «Больной выбыл из отд-я на ... дней раньше, чем окончил лечение в нем <дата окончания лечения>« 72

W «Верен ли рез-т наблюдения ... при отсутствии первичного очага во всех диагнозах ЗН?» 72

W «Верен ли рез-т наблюдения ... при наличии первичного очага во всех диагнозах ЗН?» 72

E «Укажите точную лок-цию для… вместо «неуточненная первичная…» в наблюдениях» 73

W «Рез-т наблюдения ... невозможен после диссеминации СОЗ» 73

Е «Код МКБ ... при последнем выбытии из стационара не соответствует патологоанатомическому диагнозу» 73

Параметры командной строки программы HCR.EXE 75

ОПИСАНИЕ ТАБЛИЦ ФОРМЫ 16 "УЧЕТ ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕК СТАЦИОНАРА" 77

Таблица "Сводная ведомость по клинике за сутки" 77

Таблица "Деятельность стационара за месяц" 78

Таблица "Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек" 80

ПРИЛОЖЕНие 1. МНОЖЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ 82

ПРИЛОЖЕНие 2. О проблемах привязки лечения к отделению стационара 85

ПРИЛОЖЕНие 3 88

В версию 2.08 внесены следующие изменения и дополнения: 88

Добавлено поле "Код подрайона" 88

На поле "АДРЕС" подвешен справочник 88

В "Шаблоны для рекомендаций при выписке" вставлено "Через..." 88

Изменены процедуры передачи в Х30 89

В программу CHECKER.EXE вставлено редактирование списка 89

Слегка поправлена поисковая система 89

Слегка поправлен ABOLIT66.EXE 90

Изменения и дополнения в печати выписок. 90

Изменения и дополнения в функциях контроля 90

Изменения и дополнения в кодах Справочника БКР (ПКР). 91

Вас приветствует версия 3.00 с возможностью кодирования диагнозов в МКБ-10!!! 91

Версия 3.01 94

Версия 3.02 94

Версия 3.03 94

Версия 3.04 94

Версия 3.05 под кодовым названием "С наступающим..." 94

Версия 3.06 Больничного канцер-регистра под кодовым названием "Мы в отпуске..."! 95

Версия 3.07 Больничного канцер-регистра под кодовым названием "Осень настала..."! 96

ПРИЛОЖЕНие 4 97

1. Формализованный эпикриз для солидных опухолей 97

2. Формализованный эпикриз для системных опухолевых заболеваний 97

СОДЕРЖАНИЕ 98