

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
СОПОСТАВЛЕНИЮ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО
КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО /
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗОВ**

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения: 2019

Разработчик методических рекомендаций:

Российское общество патологоанатомов

Ассоциация судебно-медицинских экспертов

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
Введение.....	8
1. Общие положения.....	10
1.1. Правила формулирования диагноза.....	11
2. Правила сопоставления диагнозов.....	14
2.1. Рекомендации сопоставления диагнозов по рубрикам.....	14
2.2. Рекомендации по установлению критерия расхождения диагнозов.....	15
2.3 Рекомендации по установлению категории расхождения диагнозов.....	15
2.4 Рекомендации по установлению причины расхождения диагнозов.....	17
2.5. Особенности сопоставления диагнозов в случаях смерти пациента вне медицинской организации.....	19
2.6 Рекомендации по оформлению результатов сопоставления диагнозов.....	19
Список литературы.....	21
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке методических рекомендаций.....	24
Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций.....	25
Приложение Б. Примеры сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов.....	27

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КАК – Клинико-анатомическая конференция

КАЭ – Клинико-анатомический эпикриз

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра

МР – Методические рекомендации

ПИЛИ – Подкомиссия по изучению летальных исходов врачебной комиссии медицинской организации

РГ – Рабочая группа

Термины и определения

Нозологическая единица (форма) – определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния [1].

Синдром – состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома [1].

Диагноз – краткое врачебное заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге [2, 3].

Заключительный клинический диагноз – заключение лечащего врача медицинской организации о заболеваниях (травмах, патологических процессах), по поводу которых оказывалась медицинская помощь, диагностируемых в конце эпизода оказания медицинской помощи, оформленное в виде диагноза с соответствующими рубриками и в терминах, предусмотренных действующими классификациями, международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), нормативно-распорядительными документами.

Патологоанатомический / судебно-медицинский диагноз – медицинское заключение, формулируемое врачом-патологоанатомом/судебно-медицинским экспертом по результатам исследования трупа с учетом данных прижизненного обследования умершего (при наличии медицинской документации) о сущности заболеваний и/или травм, патологических процессов, отображающее их нозологию, этиологию, патогенез и морфофункциональные проявления, оформленное в виде диагноза с соответствующими рубриками и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями, номенклатурой болезней и нормативно-распорядительными документами [3, 4].

Рубрики диагноза – разделы клинического, патологоанатомического / судебно-медицинского диагноза для записи основного заболевания, коморбидных заболеваний (конкурирующего, сочетанного, фоновых заболеваний – при наличии), осложнений основного заболевания (и коморбидных – при наличии), сопутствующих заболеваний [2, 3, 5].

Основное заболевание – заболевание (или травма, реже – синдром), которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти [6].

Сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти [6].

Осложнение основного заболевания – 1) нозологическая единица, синдром или патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, но не являющийся его проявлением, утяжеляющий его течение и, нередко, являющийся непосредственной причиной смерти (смертельным осложнением); 2) присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса, нарушение целостности органа или его стенок, кровотечение, острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов [1, 2, 3].

Первоначальная причина смерти – аналог основного заболевания: 1) болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или 2) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму [7].

Непосредственная причина смерти – часто аналог смертельного осложнения: 1) смертельное (главное) осложнение, реже – само основное заболевание, непосредственно приведшее к летальному исходу; 2) нозологическая единица, синдром или патологическое состояние, развивающиеся на заключительном этапе заболевания и определяющие развитие терминального состояния и механизм смерти, но не являющиеся элементом механизма танатогенеза [7].

Коморбидные заболевания (состояния) – это прочие, помимо основного заболевания, важные заболевания (травмы, патологические состояния), у одного пациента, потребовавшие оказания медицинской помощи, а при летальном исходе – несомненно способствовавшие смерти [7].

Конкурирующее заболевание – вид коморбидного заболевания, равноценная с основным заболеванием по тяжести течения нозологическая единица (заболевание или травма), потребовавшая оказания медицинской помощи в связи с не меньшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, которой одновременно с основным заболеванием страдал пациент и которая самостоятельно могла привести к смерти [2, 8].

Сочетанное заболевание – вид коморбидного заболевания, нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал пациент и которая отягощала течение основного заболевания, потребовав оказания медицинской помощи. Без взаимного отягощения основное или сочетанное заболевания в отдельности не вызвали бы летального исхода [2, 8].

Фоновое заболевание – нозологическая единица (заболевание или травма), которая явилась одной из причин развития другого самостоятельного заболевания (нозологической единицы), отягощала его течение, потребовала оказания медицинской помощи и способствовала возникновению общих осложнений, при летальном исходе – смертельного осложнения. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие, ставшее причиной развития ятрогенного патологического процесса [2, 8].

Клинико-анатомический эпикриз – раздел протокола патологоанатомического / судебно-медицинского вскрытия; суждение врача-патологоанатома / судебно-медицинского эксперта, производившего исследование трупа с учетом данных прижизненного обследования умершего (при наличии медицинской документации), о причине смерти и танатогенезе, индивидуальных этапах течения болезни с обоснованием патологоанатомического/судебно-медицинского диагноза, основанным на клинико-анатомических сопоставлениях (при наличии медицинской документации), оценке лечебно-диагностических мероприятий (при наличии) и сопоставлением заключительного клинического и патологоанатомического/ судебно-медицинского диагнозов (при наличии клинического диагноза) [9, 4].

Рабочая группа по разработке методических рекомендаций – это коллектив специалистов, работающих совместно и согласованно в целях разработки / актуализации методических рекомендаций, и несущих общую ответственность за результаты данной работы.

Расхождение диагнозов (расхождение заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов) – несовпадение основного заболевания по нозологии, этиологии, характеру и локализации патологического процесса,

при травме – по полноте диагностики повреждений (гипердиагностика, гиподиагностика), а также случаи несвоевременной (поздней) диагностики [3, 5, 10].

Ятрогения – групповое понятие, объединяющее всё разнообразие патологических состояний (нозологических форм, синдромов, патологических процессов) развившихся в результате любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных) [2, 3, 5].

Введение

В настоящих Методических рекомендациях сопоставление (сличение) заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов предлагается рассматривать как одну из основных форм контроля качества медицинской помощи, диагностической и лечебной деятельности медицинской организации. Случаи расхождения диагнозов рассматриваются в качестве предмета для профессионального обсуждения в медицинском сообществе с принятием должных административных мер по устранению недостатков в оказании медицинской помощи.

В настоящее время в России на федеральном уровне отсутствует нормативно-правовое регулирование вопроса проведения сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов [11-13].

Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н, предусматривает в составе функций врачебной комиссии изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента [14]. Однако на сегодняшний день отсутствует регламентированный порядок работы врачебной комиссии медицинской организации по изучению случая смерти пациента, прописывающий роль патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, а также содержащий вопросы организации, порядка работы подкомиссии по изучению летальных исходов (ПИЛИ) и клинко-анатомических конференций (КАК) и правила сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов.

С учетом особой значимости вопросов сопоставления диагнозов потребностям практического здравоохранения участниками секции «Патологическая анатомия и судебно-медицинская экспертиза: состояние и проблемы отрасли» Конгресса Национальной Медицинской Палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» (30.10.- 01.11.2017 г. Москва) были сформулированы предложения в итоговую Резолюцию, которые были одобрены на заключительном пленарном заседании участников Конгресса 01.11.2017 г. Данные вопросы обсуждались на XI Пленуме Российского общества патологоанатомов (31.05-01.06 2019 г, г. Самара), заседаниях Московского отделения Российского общества патологоанатомов (2018-2019 гг.) и на научно-практической конференции «Сопоставление заключительного клинического и судебно-

медицинского / патологоанатомического диагнозов – ключ к повышению качества оказания медицинской помощи и снижению показателей смертности в рамках реализации майского Указа Президента России» (19.06.2019).

Настоящие методические рекомендации (МР) являются совместным трудом рабочей группы (РГ) профессиональных некоммерческих медицинских ассоциаций – Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Целью МР является формирование единых требований к правилам сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов.

Положения, описанные в настоящих МР в отношении правил сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов, определения причины и категории расхождения диагнозов, оформления результатов сопоставления диагнозов для последующей клинико-экспертной работы, рекомендуется соблюдать всем заинтересованным сторонам, участвующим в проведении клинико-анатомического анализа летального исхода.

1. Общие положения

Сопоставлению (сличению) подлежат заключительный клинический и патологоанатомический / судебно-медицинский диагнозы у всех умерших (в медицинских организациях и вне их), поступивших на патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование (вскрытие) для установления диагноза заболевания и причины смерти.

Не подлежат сличению заключительный клинический и патологоанатомический / судебно-медицинский диагнозы у умерших вне медицинских организаций при отсутствии оформленной медицинской документации.

Сопоставлению подлежит только заключительный клинический диагноз, вынесенный на оборотную сторону титульного листа медицинской карты стационарного пациента (форма №003/у, утвержденная приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980) или указанный как заключительный после посмертного эпикриза в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 №834н).

Остальные диагностические записи, имеющиеся в медицинской документации, учитываются для уточнения патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов и причины смерти, а также определения причины и категории ошибки клинической диагностики при расхождении диагнозов, ошибках при диагностике коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболеваний, сопутствующих заболеваний, при выявлении других дефектов оказания медицинской помощи.

С целью недопущения неоднозначной и субъективной трактовки при сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов необходимо, чтобы сопоставляемые диагнозы были оформлены в соответствии с положениями федерального законодательства, требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), её обновлениями, рекомендациями Минздрава России, Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

1.1. Правила формулирования диагноза

Структура как заключительного клинического, так и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов содержит следующие рубрики:

1. Основное заболевание;
2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания – при наличии);
3. Осложнения основного (и коморбидных – при наличии) заболеваний.
4. Сопутствующие заболевания.

Нерубрифицированный диагноз не может быть использован для кодирования по МКБ-10 и статистического анализа, не подлежит сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов и, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются для выбора основного состояния (заболевания, травмы) при анализе заболеваемости и смертности по единичной причине. Как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов [7].

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. В связи с этим в процессе лечения пациента основное заболевание может меняться.

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ введено понятие первоначальной причины смерти, которое определяется как: 1) болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или 2) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Смертельное осложнение (нозологическая единица или синдром), определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти – танатогенеза), определяется как непосредственная причина смерти. Таким образом,

понятие первоначальной причины смерти является аналогом понятия основного заболевания, а понятие непосредственной причины смерти – чаще аналогом смертельного осложнения основного заболевания (редко, при отсутствии осложнений, самого основного заболевания).

Сопутствующие заболевания не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти, в статистике причин смерти не используются [6].

В рубрике «Коморбидные заболевания» не рекомендуется указывать более двух-трех нозологических единиц (конкурирующих, сочетанных и фоновых заболеваний), превращая диагноз, фактически, в полипатию, что может свидетельствовать о недостаточно глубоком анализе причин летального исхода и малопригодно для статистического учета.

При коморбидности в случае летального исхода в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах, при прочих равных условиях, имеет предпочтение и в диагнозе выставляется в рубрику «Основное заболевание»:

1) нозологическая форма, при летальном исходе имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим),

2) нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов,

3) в случаях, когда применение пп.1-2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:

- была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.),

- потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям,

- была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) рекомендуется указывать вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках диагноза), по поводу которых они производились.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) рекомендуется указывать с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного (и коморбидных – при наличии) заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями – это особый вид ятрогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза [2, 4, 7, 15-19].

2. Правила сопоставления диагнозов

2.1. Рекомендации сопоставления диагнозов по рубрикам

Сопоставление диагнозов рекомендуется проводить по всем его рубрикам:

- основному заболеванию;
- коморбидным заболеваниям (конкурирующему, сочетанному, фоновому – при наличии);
 - осложнениям основного (и коморбидных – при наличии) заболевания (с выделением смертельного осложнения);
 - сопутствующим заболеваниям.

Понятия «совпадение» или «расхождение» заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов применимы только для сопоставления (сличения) рубрик «Основное заболевание».

Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности, по:

- коморбидным заболеваниям (конкурирующему, сочетанному, фоновому – при наличии);
 - осложнениям, прежде всего, смертельному;
 - сопутствующим заболеваниям,

рекомендуется проводить отдельно и при несовпадении рекомендуется не фиксировать как расхождение диагнозов, а указывается в клинико-анатомическом эпикризе (диагнозы совпали, но не распознано) для последующего разбора и принятия окончательного решения по оценке качества медицинской помощи на ПИЛИ или КАК медицинской организации. При этом выясняются и записываются в соответствующие медицинские документы причины дефектов диагностики коморбидных заболеваний, осложнений, прежде всего, смертельного, основных сопутствующих заболеваний, но понятие категория расхождения диагнозов не применяется.

Нерубрифицированные, неправильно оформленные или со знаком вопроса заключительные клинические диагнозы не позволяют провести их сличение с патологоанатомическим / судебно-медицинским, что, независимо от результатов вскрытия, рекомендуется рассматривать как расхождение диагнозов по II категории (по субъективной причине – неправильные формулировка или оформление клинического диагноза).

2.2. Рекомендации по установлению критерия расхождения диагнозов

Расхождением диагнозов (расхождением заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов) считается несовпадение основного заболевания

- по нозологии,
- этиологии,
- характеру и локализации (в анатомических частях органа) патологического процесса,
- при травме – по полноте диагностики повреждений,
- а также случаи несвоевременной (поздней) диагностики [10].

Комментарии:

Врач-патологоанатом или врач-судебно-медицинский эксперт после производства вскрытия констатирует факт совпадения или расхождения диагнозов, а также факты неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний [20, 21, 22].

Врач-патологоанатом или врач-судебно-медицинский эксперт обосновывают это в клинико-анатомическом эпикризе (КАЭ) и предлагают для обсуждения на ПИЛИ или КАК при наличии расхождения диагнозов, причину и категорию расхождения диагнозов, а также причины неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний.

2.3 Рекомендации по установлению категории расхождения диагнозов

Врач-патологоанатом или врач – судебно-медицинский эксперт выносят на ПИЛИ заключение по результатам вскрытия о диагнозе заболевания, первоначальной и непосредственной причинах смерти, совпадении или расхождении диагнозов, о выявленных на вскрытии недостатках оказания медицинской помощи и особенностях танатогенеза, патоморфоза заболевания в данном летальном исходе, а также предлагают причину и категорию расхождения диагнозов, причины ошибок диагностики других патологических состояний при их наличии.

Категории расхождения диагнозов указывают как на объективную возможность или невозможность правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

Комментарии:

Следует признать, что для оценки качества оказания медицинской помощи (отсутствие расхождения клинического диагноза и патологоанатомического диагноза), категории расхождения диагнозов достаточно субъективны по многим позициям. На практике далеко не всегда представляется возможным в соответствии с определением категорий объективно доказать, насколько ошибочный диагноз повлиял или не повлиял на наступление летального исхода. Заключение о том, что неверный клинический диагноз не повлиял на правильность лечения пациента и наступление летального исхода (II категория) может быть связано с недостаточно глубоким анализом наблюдения. Однако и другие ранее предлагаемые критерии, например, предотвратимость и непредотвратимость летального исхода, оказались не менее субъективными и, в настоящее время, не нашли широкого применения. По-видимому, значительно более объективными показателями (критериями) качества прижизненной диагностики являются своевременность установки клинического диагноза и конкретные причины расхождений диагнозов [5, 9, 15, 23-27].

I категория расхождения диагнозов – в данной медицинской организации правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений пациента за медицинской помощью) уже не повлияла на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.

Комментарии:

К I категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данной медицинской организации установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей [28].

В тексте приказа Минздрава СССР № 375 от 04.04.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране», в котором были впервые предложены категории расхождения диагнозов, предлагалось учитывать такое расхождение диагнозов за тем лечебно-профилактическим учреждением, где ранее наблюдался пациент, что является причиной рекомендации экспертам ФОМС проводить в таких случаях там экспертизу оценки оказания медицинской помощи [28, 29].

II категория расхождения диагнозов – в данной медицинской организации правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

Комментарии:

Ко II категории расхождения диагнозов следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано в данной медицинской организации в связи с недостатками в обследовании пациента (отсутствие необходимых и доступных исследований), а также в связи с объективными причинами; при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, однако правильный диагноз мог и должен был быть поставлен [28].

Таким образом, расхождения диагнозов по II категории являются следствием как объективных, так и субъективных причин.

Как указывалось, еще в методических рекомендациях МЗ РСФСР 1988 г. «Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций», расхождения диагнозов по II категории «представляют академический интерес и воспитательное значение, но не могут приравниваться к серьезным дефектам оказания медицинской помощи, которые следует относить к расхождениям III категории» [30].

III категория расхождения диагнозов – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Комментарии:

К III категории расхождения диагнозов следует относить случаи, при которых неправильная диагностика повлекла за собой неадекватные лечебные мероприятия, что обусловило летальный исход [28].

Причины расхождения диагнозов по III категории являются следствием объективных или, преимущественно, субъективных причин.

При сопоставлении диагнозов в случаях смерти больных, обусловленных не диагностированными при жизни ятрогенными патологическими процессами, явившимися основными заболеваниями (первоначальными причинами смерти) устанавливается расхождение диагнозов III категории.

2.4 Рекомендации по установлению причины расхождения диагнозов

Причины расхождения диагнозов подразделяются на объективные и субъективные.

Объективные:

1. Кратковременность пребывания пациента в медицинском учреждении («краткость пребывания»). Критериями кратковременности пребывания в медицинском учреждении являются: установление клинического диагноза в стационаре в течение 72 часов с момента

поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, но не позднее 24 часов с момента поступления пациента по экстренным показаниям в профильное отделение (но предварительного диагноза – не позднее 1 часа от момента обращения пациента в медицинскую организацию при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме); в течение 10 суток с момента обращения пациента при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях [10, 28].

2. Трудность диагностики заболевания. Использован весь спектр имеющихся методов диагностики (при наличии у медицинской организации адекватной материально-технической базы), но атипичность, стертость проявлений заболевания и редкость данного заболевания не позволили выставить правильный диагноз. К этой же причине относятся случаи сокрытия пациентом важной информации (необходимой для диагностики и дифференциальной диагностики заболевания), а также обстоятельства непреодолимой силы, независящие от действий медицинских работников, препятствующие оказанию медицинской помощи.

3. Тяжесть состояния пациента. Диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние пациента (имелись объективные противопоказания).

4. Недостаточность диагностической материально-технической базы медицинской организации (в т.ч. при непрофильной госпитализации пациента).

Субъективные:

1. Недостаточное клиническое обследование пациента (включая недоучет данных анамнеза, клинических данных, недостаточное применение клинико-лабораторных и иных методов исследования).

2. Неправильная интерпретация клинических данных.

3. Неправильная трактовка-интерпретация (недоучет или переоценка) данных клинико-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных методов исследования.

4. Недоучет или переоценка заключения консультанта.

5. Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза (включая логические ошибки).

6. Прочие субъективные причины.

Комментарии:

Следует установить только одну, главную причину расхождения диагнозов, так как заключение ПИЛИ или КАК, содержащее несколько причин одновременно затрудняет последующий статистический анализ.

2.5. Особенности сопоставления диагнозов в случаях смерти пациента вне медицинской организации

Для внебольничной летальности – для умерших на дому, сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов имеет свои особенности. В медицинской карте амбулаторного больного должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз. Отсутствие в амбулаторной карте заключительного клинического диагноза отмечается как замечание к оформлению данной карты в КАЭ и такой дефект оформления медицинской документации выносится на рассмотрение ПИЛИ или КАК.

В случаях, когда заключительный клинический диагноз у умершего вне медицинской организации сформулировать не представлялось возможным по объективным причинам и тело умершего было направлено на патологоанатомическое / судебно-медицинское вскрытие для установления причины смерти, сопоставления диагнозов не производится и такие летальные исходы выделяются в особую группу для анализа на ПИЛИ и КАК.

2.6 Рекомендации по оформлению результатов сопоставления диагнозов

Сведения о результатах сопоставления заключительного и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов, рекомендуется отражать в КАЭ, в соответствующих разделах протокола патологоанатомического вскрытия, в приложении к «Заключению эксперта» (Акту судебно-медицинского исследования трупа).

КАЭ составляют в итоге оформления протокола патологоанатомического вскрытия / исследовательской части «Заключения эксперта» (Акта судебно-медицинского исследования трупа) на основе объективных данных, результатов гистологических, бактериологических, судебно-химических и других методов исследования секционного материала, а также руководствуясь клиническими и лабораторными данными представленной медицинской документации.

В КАЭ не следует повторять данные выписки из медицинской документации (дублировать посмертный эпикриз) или рубрики патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов.

В КАЭ рекомендовано отражать следующие разделы:

- обоснование патологоанатомического/судебно-медицинского диагноза (всех его рубрик) и механизма танатогенеза;
- обоснование первоначальной и непосредственной причин смерти;
- анализ проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением и других клинико-анатомических особенностей наблюдения;
- обоснование совпадения или расхождения диагнозов, а также заключение о распознанных или нераспознанных коморбидных заболеваниях, осложнениях основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, особенно смертельного осложнения, и важнейших сопутствующих заболеваний;
- предложение (мнение) врача-патологоанатома / судебно-медицинского эксперта о категории и причине расхождения диагнозов, поздней (запоздалой) прижизненной диагностике, выносимые на ПИЛИ или КАК, а также о других возможных недостатках диагностического, лечебного, организационного характера, включая оформление медицинской карты умершего, с целью постановки аргументированных вопросов для обсуждения на заседании ПИЛИ или КАК медицинской организации.

Окончательная квалификация результатов сличения диагнозов – оценка, установление причины и категории расхождения диагнозов, причин неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний, устанавливаются только коллегиально на ПИЛИ или КАК.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001».
2. Методические рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы «Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти». Зайратьянц О.В. и соавт. №№ 45-56, 2019. www.mosgorzdrav.ru
3. Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. М.А. Пальцева, Л. В. Кактурского, О. В. Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с.
4. Судебно-медицинский диагноз: руководство. Клевно В.А., Кучук С.А., Лысенко О.В. и др.; под ред. проф. В.А.Клевно. М.: Ассоциация СМЭ, 2015. – 315 с.
5. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении. Выпуск 1. Под ред. Р.У. Хабриева, М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца и др. М.: Медицина для всех, 2007.
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русскоязычное издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ, 1995.
8. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов». Под ред. Г.А. Франка, О.В. Зайратьянца, П.Г. Малькова, Л.В. Кактурского. М.: «Практическая медицина», 2016.
9. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
10. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
11. Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи. Судебная медицина. 2019;5(2):4-10.

12. Клевно, В.А., Кучук, С.А. Сопоставление судебно-медицинского и клинического диагнозов – инструмент повышения качества медицинской помощи. Судебная медицина. 2015; 1 (2): 22-24.
13. Максимов А.В. Проблемы клинико-анатомического анализа летальных исходов. Судебная-медицина. 2018;4(1):4-7.
14. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 N 24516)
15. Зайратьянц О.В. Правила формулировки патологоанатомического диагноза. Общие положения. Электронный учебный модуль для непрерывного медицинского образования. М.: ООО «ГЭОТАР-Медиа», 2016.
16. Зайратьянц О.В., Мальков П.Г. Унифицированные требования к структуре диагноза с позиций совершенствования национальной статистики заболеваемости и причин смертности. Архив патологии. 2016;78(1):32-35.
17. Зайратьянц О.В., Мальков П.Г., Кактурский Л.В. Унификация требований к формулировке диагноза – ключевое звено в совершенствовании статистики заболеваемости и причин смерти населения. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016;2(2):78-86.
18. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2018 году: ежегодный бюллетень / [Клевно В. А., Максимов А. В., Кучук С. А., и др.]; под ред. проф. В. А. Клевно. – М.: Ассоциация СМЭ, 2019. – 63 с.
19. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. акад. Петровского Б.В. М.: Советская энциклопедия; 1982
20. Приказ Минздрава России от 06.06.2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
21. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 131н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – патологоанатом» (зарегистрирован Минюстом России 05.04.2018 № 50645).
22. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – судебно-медицинский эксперт» (зарегистрирован Минюстом России 05.04.2018 № 50642).

23. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Правомерность выделения категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016;1 (3): 87-94.
24. Приказ Минздрава России от 06.08.2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом МЗ и СР РФ от 28.02.2011 г. № 158н».
25. Приказ Росздравнадзора от 02.11.2005 г. № 2494-Пр/05 «О введении в работу системы добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг».
26. Франк Г.А., Коваленко В.Л., Подобед О.В., Тимофеев И.В., Зайратьянц О.В., Мальков П.Г., Москвичева М.Г. Правила клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов при проведении патологоанатомических вскрытий. Уральский медицинский журнал. 2018;2(157):23-29.
27. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 (в последующей редакции приказа от 16.08.2011 г. № 144 и т.д.) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
28. Приказ МГ ФОМС от 21.01.2019 г. № 14 «Об утверждении Регламента организации и проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, оказанной по Территориальной программе ОМС города Москвы».
29. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране». Приложение 7.
30. Методические рекомендации «Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций». МЗ РСФСР, 1988.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке методических рекомендаций

Забозлаев Федор Георгиевич – профессор кафедры клинической лабораторной диагностики и патологической анатомии Академии постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России, главный внештатный специалист по патологической анатомии ФМБА России, заведующий патологоанатомическим отделением ФНКЦ ФМБА России, вице-президент Российского общества патологоанатомов, д.м.н., Заслуженный врач РФ.

Зайратьянц Олег Вадимович – заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, главный внештатный специалист патологоанатом Департамента здравоохранения г. Москва, главный специалист-эксперт по патологической анатомии Росздравнадзора по ЦФО РФ, председатель Московского общества патологоанатомов, вице-президент Российского общества патологоанатомов, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ.

Кактурский Лев Владимирович – научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека», главный специалист-эксперт по патологической анатомии Росздравнадзора, президент Российского общества патологоанатомов, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.

Клевно Владимир Александрович – начальник ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», главный специалист по судебно-медицинской экспертизе Министерства здравоохранения Московской области, заведующий кафедрой судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент Ассоциации судебно-медицинских экспертов, д.м.н., профессор.

Кучук Сергей Анатольевич – заместитель начальника по экспертной работе ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, к.м.н.

Максимов Александр Викторович – заместитель начальника по организационно-методической работе ГБУЗ МО «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, к.м.н.

Приложение А2. Методология разработки методических рекомендаций

Методы, использованные для сбора / селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора / селекции доказательств:

Доказательной базой для данных рекомендаций, являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных нормативных правовых актов Минздрава России, EMBASE и MEDLINE, МКБ-10, МНБ.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов

- проработка МКБ-10

- изучение МНБ.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций:

Консенсус экспертов

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была обсуждена на заседании секции «Патологическая анатомия и судебно-медицинская экспертиза: состояние и проблемы отрасли» Конгресса Национальной Медицинской Палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» (30.10.- 01.11.2017, г. Москва), на XI Пленуме Российского общества патологоанатомов (31.05-01.06 2019 г, г. Самара), научно-практической конференции «Сопоставление заключительного клинического и судебно-медицинского / патологоанатомического диагнозов – ключ к повышению качества оказания медицинской помощи и снижению показателей смертности в рамках реализации майского Указа Президента России» (19.06.2019). Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, прокомментировавшими, прежде всего, доходчивость и точность интерпретаций доказательной базы, лежащих в основе данных рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций, они были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Формула метода:

Приведены правила формулировки и сопоставления заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов. Проведена адаптация отечественных правил формулировки диагноза и диагностической терминологии к требованиям и кодам МКБ-10.

Показания к применению:

Унифицированные правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, оформления медицинского свидетельства о смерти в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, нормативных правовых актов Минздрава России, и МКБ-10 на всей территории страны необходимы для обеспечения межрегиональной и международной сопоставимости статистических данных о заболеваемости и причинах смерти населения.

Материально-техническое обеспечение:

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (МКБ-10) с дополнениями за 1996-2019 гг.

Приложение Б. Примеры сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов

Пример 1

Смерть пациента в приёмном отделении, время пребывания в стационаре 2 часа.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: Язвенная болезнь желудка: хроническая язва желудка с кровотечением.

Осложнения основного заболевания: Геморрагический шок (4 ст.).

Сопутствующие заболевания: Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Закрытая тупая травма живота: разрыв правой почки, забрюшинная гематома слева.

Осложнения основного заболевания: Обильная кровопотеря: малокровие внутренних органов и скелетных мышц (геморрагический шок 4 ст. по данным медицинской документации).

Сопутствующие заболевания: Язвенная болезнь желудка: хроническая каллезная язва (диаметром 2,5 см) пилорического отдела желудка в области малой кривизны, стадия ремиссии. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Выписка из КАЭ: Смерть пациента наступила от тупой травмы живота с разрывом правой почки, осложнившейся обильной кровопотерей.

При сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – I.

Причина расхождения: объективная (кратковременность пребывания).

Осложнения, включая смертельное, а также сопутствующие заболевания при жизни диагностированы.

Пример 2

Смерть пациента в реанимационном отделении, время пребывания в стационаре 1,5 суток.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: Острый инфаркт миокарда типа I в области верхушки и передней стенки левого желудочка сердца.

Осложнения основного заболевания: Кардиогенный шок.

Сопутствующие заболевания: Хронический панкреатит.

Патологоанатомический \ судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Атеросклеротическая мешковидная аневризма восходящей части грудного отдела аорты с разрывом.

Осложнения основного заболевания: Гемотампонада перикарда (500 мл жидкой крови и ее сгустков в полости перикарда). Легочный дистресс-синдром. Острый некротический нефроз. Отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%)

Атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия). Хронический индуративный панкреатит в ст. ремиссии.

Выписка из КАЭ: Смерть пациента наступила от атеросклеротической аневризмы восходящей части грудного отдела аорты с разрывом, осложнившейся гемотампонадой перикарда.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – I.

Причина расхождения: объективная (трудность диагностики).

Осложнения, включая смертельное, при жизни диагностированы. Сопутствующее заболевание – постинфарктный кардиосклероз не диагностировано (изменения на ЭКГ расценены как острый инфаркт миокарда), что не играло роли в танатогенезе.

Пример 3

Смерть пациента в неврологическом отделении, время пребывания в стационаре 4 суток.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: Ишемический инфаркт в правом полушарии головного мозга.

Осложнения основного заболевания: Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит вне обострения.

Патологоанатомический \ судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Узловато-разветвленный рак верхнедолевого бронха левого легкого с массивным распадом опухоли (низкодифференцированная аденокарцинома – гистологически). Метастазы рака в перибронхиальные, паратрахеальные лимфатические узлы, в правое полушарие головного мозга.

Осложнения основного заболевания: Отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Сопутствующие заболевания: Хронический калькулезный холецистит вне обострения.

Выписка из КАЭ: Смерть пациента наступила от рака правого лёгкого с метастазами в правое полушарие головного мозга, осложнившегося отеком головного мозга с дислокацией его ствола.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов установлено расхождение

Категория расхождения – II.

Причина расхождения: объективная (тяжесть состояния пациента).

Осложнения, сопутствующее заболевание при жизни диагностированы.

Пример 4

Смерть пациента в травматологическом отделении, время пребывания в стационаре 4 суток.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: Закрытая черепно-мозговая травма: ушиб головного мозга тяжёлой степени.

Осложнения основного заболевания: Отёк головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический гепатит.

Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Внутримозговая нетравматическая гематома в подкорковых ядрах правого полушария головного мозга. Атеросклероз артерий основания головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно правой передней мозговой артерии до 30%).

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 510 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см), артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения основного заболевания: Отек головного мозга с дислокацией его ствола с вторичными кровоизлияниями.

Сопутствующие заболевания: Алкогольный мелкоузловой цирроз печени.

Выписка из КАЭ: Смерть пациента наступила от нетравматического кровоизлияния в головной мозг при наличии фонового заболевания – гипертонической болезни, осложнившегося отёком головного мозга с дислокационным синдромом.

При сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов установлено расхождение.

Не распознан характер (нозологическая форма) поражения головного мозга.

Категория расхождения – II.

Причина расхождения: субъективная (неправильная трактовка данных КТ-исследования головного мозга)».

Не распознано фоновое заболевание. Причина субъективная (недостаточное клиническое обследование пациента – недоучет данных анамнеза).

Не распознано сопутствующее заболевание (поражение печени трактовалось как хронический гепатит неясной этиологии, но оно не сыграло роли в танатогенезе). Причина субъективная (недостаточное клиническое обследование пациента).

Пример 5

Смерть пациента в кардиологическом отделении, время пребывания в стационаре 3 суток.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: ИБС: постинфарктный кардиосклероз передней стенки левого желудочка сердца.

Осложнения основного заболевания: НК 3. Сердечная астма. ДН 3. Острая сердечно-легочная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения.

Патологоанатомический \ судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Пневмония (внебольничная): вызванная грамположительной бактериальной флорой (бактериоскопическое исследование), правого легкого очаговая сливная с абсцедированием

Фоновое заболевание: Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями: алкогольная кардиомиопатия, алкогольный мелкоузловой цирроз печени. хронический индуративный панкреатит.

Осложнения основного заболевания: Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (клинически). Острое общее венозное полнокровие. Точечные кровоизлияния в плевру, эпикард. Отек легких

Сопутствующие заболевания: Крупноочаговый кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, со стенозом преимущественно нисходящей ветви левой коронарной артерии до 50%).

Выписка из КАЭ: Смерть пациента наступила от внебольничной правосторонней очаговой сливной пневмонии, осложнившейся острой дыхательной недостаточностью. Фоновым заболеванием явилась хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными поражениями.

При сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – III.

Причина расхождения: субъективная (неправильная трактовка - интерпретация [недоучет] рентгенологического метода исследования)

Не распознано фоновое заболевание (недостаточное клиническое обследование пациента – недоучет данных анамнеза).

Пример 6

Смерть пациента в травматологическом отделении, время пребывания в стационаре 5 суток.

Заключительный клинический диагноз

Основное заболевание: Закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости.

Осложнения основного заболевания: Жировая эмболия.

Сопутствующие заболевания: ИБС: постинфарктный кардиосклероз.

Судебно-медицинский диагноз

Основное заболевание: Острый трансмуральный инфаркт миокарда типа I переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (стеноз до 50%, нестабильная, с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка и красный обтурирующий тромб, длиной 3 см левой нисходящей артерии)

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 490 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см), артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения основного заболевания: Острое общее венозное полнокровие. Отек лёгких.

Сопутствующие заболевания: Закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости.

Выписка из КАЭ: Смерть пациента наступила от острого трансмурального инфаркта миокарда при наличии фонового заболевания – гипертонической болезни, осложнившегося острой сердечной недостаточностью.

При сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – III.

Причина расхождения: субъективная (недостаточное клиническое обследование пациента).

Не распознано фоновое заболевание (недостаточное клиническое обследование пациента – недоучет данных анамнеза).