

Франк Г.А.<sup>1</sup>, Коваленко В.Л.<sup>2</sup>, Подобед О.В.<sup>2</sup>, Тимофеев И.В.<sup>3</sup>, Зайратьянц О.В.<sup>4</sup>,  
Мальков П.Г.<sup>1</sup>, Москвичева М.Г.<sup>2</sup>

## Правила клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов при проведении патологоанатомических вскрытий

1 - ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва. 2 - ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск. 3 - Уставной суд Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург. 4 - ФГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва.

Frank G.A., Kovalenko V.L., Podobed O.V., Timofeev I.V., Zajratyanc O.V., Malkov P.G.,  
Moskvicheva M.G.

### The rules of clinical and pathological analysis of lethal outcomes during post mortem autopsy

#### Резюме

В статье представлены основные принципы клинико-патологоанатомического анализа на современном этапе, унификация подходов к проведению которого является необходимым условием получения достоверной информации о причинах смерти населения в Российской Федерации. В результате танатологического анализа должны быть установлены причина и механизм смерти, особенности танатогенеза, дефекты оказания медицинской помощи и их причины, информацию о которых следует вносить в клинико-патологоанатомический эпикриз. Целесообразно также определение предотвратимости в каждом случае смерти с отнесением его к группам предотвратимых причин А, В, С и вычислением индекса предотвратимости летальных исходов. Окончательное суждение о имеющихся дефектах оказания медицинской помощи, их причинах, предотвратимости или непредотвратимости смерти должно быть коллегиальным и приниматься на заседаниях подкомиссии врачебной комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольной комиссии, клинико-патологоанатомической конференции.

**Ключевые слова:** клинико-патологоанатомический анализ, летальный исход, патологоанатомическое вскрытие

#### Summary

The article presents the main principles of clinical and pathological analysis at the present stage, unification of approaches to which is a necessary condition for obtaining reliable information on the causes of death in the Russian Federation. As a result of this analysis, the cause and mechanism of death, the features of tanatogenesis, the defects in the provision of medical care and their causes should be established, the information about which should be included in the clinicopathoanatomical epicrisis. It is also advisable to determine the preventability in each case of death, assigning it to the groups of preventable causes A, B, C and calculating the index of preventability of lethal outcomes. The final judgment on the existing defects in the provision of medical care, their causes, predictability or the unavailability of death should be collegial and be adopted at the meetings of the subcommittee of the medical commission for the study of deaths, the treatment and control commission and the clinico-pathoanatomical conference.

**Key words:** clinical and pathological analysis, lethal outcome, post mortem autopsy

#### Введение

Стратегические направления деятельности государственных структур, органов местного самоуправления, общественных профессиональных медицинских сообществ по улучшению здоровья населения отражены в ряде указов Президента РФ и распоряжений Правительства страны:

- указ Президента РФ от 07.05.2012 №606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»;

- указ Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»;

- распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 №2511-р «Развитие здравоохранения», в котором расписаны показатели для достижения целей по улучшению здоровья населения РФ и сформировано 11 программ (в мае 2017 года добавлены еще 2 подпрограммы).

При этом эффективность проводимых мероприятий в стране, субъектах РФ оценивается по динамике прежде

всего таких показателей как ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и коэффициент общей смертности (КОС) населения. В РФ была поставлена задача увеличения ОПЖ до 74 лет к 2016 г. (в «старых» странах ЕС в 2013-2014 гг. этот показатель составлял 82,10 года; в «молодых» странах ЕС – 77,61 лет). КОС населения России в 2016 г. составил 32,0, а в «молодых» странах ЕС – 10,6, в «старых» странах ЕС – 7,3. Причины низкой эффективности деятельности РФ по данным направлениям – материально-социальные условия в стране, низкий уровень финансирования медицинской помощи, а также неэффективная система управления здравоохранением – дефекты в так называемой «дорожной карте» [1].

При совершенствовании системы охраны здоровья населения, исходя из изложенного выше, следует базироваться на фактологически обоснованных унифицированных подходах к оценке рода смерти, ее причин и выявленных дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП), что обуславливает актуальность качественного клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов. В Российской Федерации основными источниками информации о причине смерти являются учетные формы №106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» и №106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» [2]. Они могут нести достоверную информацию о причинах смерти населения лишь при правильном заполнении, обязательным условием которого является качественное проведение клинико-патологоанатомического (танатологического) анализа.

С методологических позиций познание болезни и причины смерти должны базироваться на положениях общей патологии человека: принципы и законы диалектического метода познания, включая законы перехода количества в качество и рекомбинантных преобразований; учение о диагнозе в медицине и его логике, нозология, семиотика, в том числе учение об общепатологических процессах [3, 4, 5]. При унифицированном подходе к клинико-патологоанатомическому анализу летальных исходов следует также опираться на положения современного кондиционализма [6] с учетом международных рекомендаций, отраженных прежде всего в МКБ-10.

Клинико-патологоанатомический (танатологический) анализ имеет целью дать ответы на следующие вопросы:

- 1) каков генез летального исхода (моно-, би-, мультикаузальный);
- 2) какая нозологическая единица (эквивалент нозологической единицы) явилась первоначальной причиной смерти (основным заболеванием);
- 3) какие нозологические единицы (их эквиваленты) могут быть оценены как коморбидные заболевания;
- 4) какие патологические процессы (как правило, синдромы) послужили осложнениями основного заболевания (коморбидных болезней при их наличии) с выделением ведущего смертельного осложнения, то есть непосредственной причины смерти;
- 5) каков тип терминального состояния (механизм смерти), обусловившего наступление летального исхода;

6) какие ДОМП, в том числе так называемые ятрогенные заболевания, были допущены и каковы их причины и роль в наступлении летального исхода.

Кроме того, в ходе клинико-патологоанатомического анализа должны быть проведены сличение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, а также осуществлена оценка предотвратимости или непредотвратимости летального исхода. При формулировании врачебной мысли целесообразно базироваться на модифицированной В. Л. Коваленко, О. В. Подобед (2017) [7] схеме клинико-патологоанатомического (танатологического) анализа (Таблица 1), предложенной И. В. Тимофеевым и Ю. А. Медведевым (2014, 2015) [8, 9].

В ходе сличения диагнозов используют следующие категории оценок:

- 1) совпадение или расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию;
- 2) совпадение или расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по коморбидному заболеванию;
- 3) расхождение диагнозов по ведущему смертельному осложнению, существенно изменившему течение заболевания или имеющему характер непосредственной причины смерти (оценка вводится при совпадении диагнозов по основному и/или коморбидному заболеваниям);
- 6) расхождение диагнозов по сопутствующему заболеванию (оценка вводится при совпадении диагнозов по основному и/или коморбидному заболеваниям, ведущему смертельному осложнению).

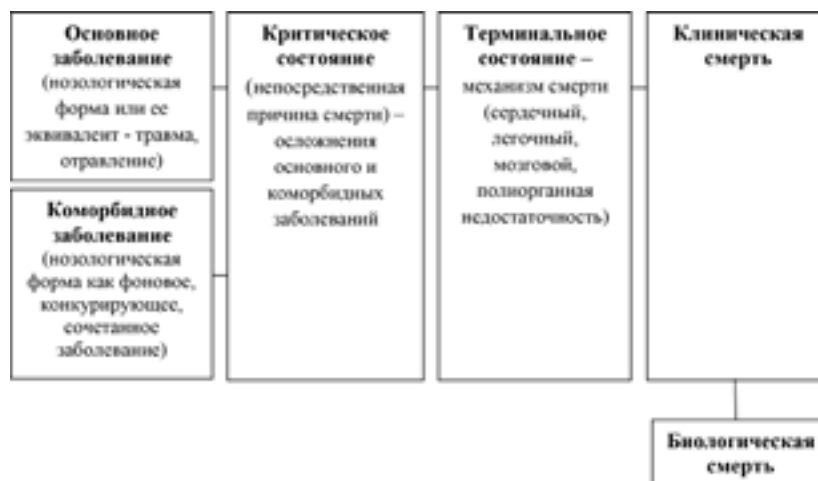
Именно расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов остается ключевым индикатором качества медицинской помощи в настоящее время. Сличение диагнозов проводится как на прозекторском этапе, так и окончательно - на комиссионном и посткомиссионном этапах клинико-патологоанатомического анализа.

После установления факта расхождения диагнозов необходимо выяснить его причину, которая может быть субъективной или объективной. При этом патологоанатом выбирает из перечня и учитывает лишь одну причину.

Объективные причины:

- 1) кратковременность пребывания пациента в стационаре (введены общие критерии оценки своевременности медицинской помощи: установление клинического диагноза в стационаре в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации; установление клинического диагноза в стационаре при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение; установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях [10]; установление предварительного диагноза не позднее 1 часа от момента обращения пациента в медицинскую организацию при

Таблица 1. Принципиальная модифицированная схема клинико-патологоанатомического (танатологического) анализа при любом варианте летального исхода



оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме [11]); 2) трудность или невозможность обследования пациента из-за тяжести его состояния; 3) атипичность развития и течения процесса, недостаточная изученность заболевания, а также его редкость; 4) недостаточность диагностической материально-технической базы медицинской организации.

Субъективные причины, как правило, обусловлены недостаточным уровнем подготовки и квалификации лечащего врача. К ним относятся: 1) недостаточное клиническое обследование (включая невнимание к анамнезу, недостаточное применение параклинических методов и т. д.); 2) неправильная интерпретация клинических данных; 3) недооценка или переоценка результатов лабораторных, рентгенологических, цитологических и других лабораторно-инструментальных методов исследования; 4) переоценка заключения консультантов; 5) неправильное оформление и построение заключительного клинического диагноза (логические ошибки); 6) прочие субъективные причины.

Категории расхождения диагнозов по основному заболеванию были утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.04.83 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране», который утратил силу. В настоящее время является целесообразным сохранение трех категорий расхождения диагнозов.

При проведении клинико-анатомических сопоставлений необходимо учитывать также другие дефекты диагностики и лечения: 1) запоздалая клиническая диагностика основного заболевания; 2) запоздалая клиническая диагностика ведущего смертельного осложнения; 3) поздняя госпитализация, повлиявшая на исход заболевания; 4) неоказание медицинской помощи; 5) при смерти дома – отсутствие или дефекты диспансерного наблюдения, отсутствие заключительного клинического диагноза и/или заключительного клинического эпикриза.

Все результаты клинико-патологоанатомического анализа должны быть внесены патологоанатомом в раз-

делы «Сопоставление заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов», «Дефекты оказания медицинской помощи», «Клинико-патологоанатомический эпикриз» Учетной формы № 013/у «Протокол патолого-анатомического вскрытия» или Учетной формы № 013-1/у «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного».


Кроме того, в ходе клинико-патологоанатомического анализа сначала на прозекторском (с отражением в клинико-патологоанатомическом эпикризе), а затем на комиссионном и посткомиссионном этапах должна быть дана оценка каждого летального исхода с отнесением его к предотвратимой или предотвратимой смерти. Использование термина «условно предотвратимая смерть» является недопустимым. Предотвратимой предложено считать смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения, исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения [12]. Отечественными учеными в области организации здравоохранения выделены три группы предотвратимых причин смерти в зависимости от субъектов управления этими причинами [13]: группа А – возможность реализации профилактических мероприятий только силами системы здравоохранения, группа Б – возможность реализации профилактических мероприятий силами системы здравоохранения с привлечением других ведомств и общественных организаций, группа С – возможность реализации профилактических мероприятий силами системы здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья. В случае констатации предотвратимой смерти необходимо определение и ее группы (А, В, С). Считать целесообразным в качестве интегративного показателя качества медицинской помощи использовать индекс предотвратимости летальных исходов, который следует вычислять для медицинской организации по итогам года как отношение абсолютного числа случаев предотвратимой смерти к общему количеству летальных исходов,

выраженное в процентах. Он может быть выведен также для оценки качества работы отдельных специалистов или группы медицинских организаций одного уровня и профилизации [14, 15].

Важно подчеркнуть, что окончательное суждение о ДОМП, категории расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов и их причинах, а также о предотвратимости смерти должно быть принято на заседании подкомиссии врачебной комиссии по изучению летальных исходов (ПИЛИ), лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) или клинико-патологоанатомической конференции (КПАК).

## Заключение

Совершенствование системы охраны здоровья населения должно базироваться на фактологически обоснованном суждении о сущности страдания (с нозологических позиций), роде, причине смерти, ДОМП, что требует унифицированного подхода к проведению танатологического анализа вне зависимости от того, кем была установлена причина смерти, и методических подходов к ее верификации. Это возможно лишь при четком соблюдении принципов современного кондиционализма и рекомендаций международной классификации болезней (МКБ-10). Полагаем, что в практической деятельности врачей различных специальностей может быть применена схема танатологического анализа, представленная в данных клинических рекомендациях. Обращаем также внимание на тот факт, что при клинико-патологоанатоми-

ческих сопоставлениях выявленные ДОМП следует оценивать с позиций учения о предотвратимой смертности. Окончательное решение о характере ДОМП, их роли в танатогенезе и причинах должно приниматься коллегиально на заседаниях ПИЛИ, ЛКК, КПАК. 

**Франк Г. А.**, академик РАН, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, главный внештатный патологоанатом Минздрава России; **Коваленко В. Л.**, член-корреспондент РАН, д. м. н., профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; **Подобед О. В.**, к. м. н., доцент, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; **Тимофеев И. В.**, д. м. н., профессор, судья Уставного суда Санкт-Петербурга; **Зайратьяни О. В.**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России; **Мальков П. Г.**, д. м. н., доцент, профессор кафедры патологической анатомии ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России; **Москвичева М. Г.**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Автор, ответственный за переписку: Подобед Ольга Вячеславовна, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. e-mail: podobed.olga2013@yandex.ru, сот. тел. 89127769279.

## Литература:

1. Улумбекова Г. Э. *Здравоохранение России. Итоги 2012-2016 гг. Неотложные меры в 2017-18 гг. Приоритеты развития до 2025 г.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 30.12.2008 №782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».
3. Серов В. В. *Общепатологические подходы к познанию болезни.* – М.: «М», 1992.
4. Саркисов Д. С. *Очерки истории общей патологии.* – М.: «М», 1993.
5. Петленко В. П., Струков А. И., Хмельницкий О. К. *Детерминизм и теория причинности в патологии.* – М.: «М», 1978.
6. Медведев Ю. А. *Кондиционализм и формулировка причин смерти.* *Архив патологии.* 2005;2: 60-64.
7. Коваленко В. Л., Подобед О. В. *Пути совершенствования порядка клинико-патологоанатомического (танатологического) анализа при оценке качества медицинской помощи. Материалы V съезда Российского общества патологоанатомов.* М.: Группа МДВ, 2017.
8. Тимофеев И. В. *Качество медицинской помощи и безопасность пациентов. Медико-организационные и правовые аспекты.* Санкт-Петербург: Издательство ДНК, 2014.
9. Медведев Ю. А., Тимофеев И. В. *Танатологический анализ для врачебной практики: учебное пособие для врачей.* Санкт-Петербург: ГПАБ, 2015.
10. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
11. Приказ МЗ РФ от 02.12.2014 №796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».
12. Rutstein D. D. *Measuring the Quality of Medical Care.* *N Engl J Med.* 1976; 294: 582-588.
13. Стародубов В. И., Михайлова Ю. В. *Концепция предотвратимой смертности и особенности ее применения в России в качестве инструмента решений в здравоохранении. Общественное здоровье и профилактика заболеваний.* 2006; 6: 3-10.
14. Коваленко В. Л., Подобед О. В., Маслов Р. С., Пастернак А. Е. *Индикаторы качества медицинской помощи с учетом результатов клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов.* *Медицинский вестник Башкортостана.* 2014; 5: 73-76.
15. Пальцев М. А., Коваленко В. Л., Подобед О. В., Москвичева М. Г. *Формирование индикаторов качества медицинской помощи на основе клинико-патологоанатомического анализа и технология их применения.* *Уральский медицинский журнал.* 2016; 3: 5-10.