

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
специалист патологоанатом  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
д.м.н., профессор

\_\_\_\_\_ О.В.Зайратьянц

«...» \_\_\_\_\_ 2019 г.

начальник ГБУЗ «Бюро судебно-  
медицинской экспертизы» – главный  
внештатный специалист по судебно-  
медицинской экспертизе  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
д.м.н.

\_\_\_\_\_ С.В.Шигеев

«...» \_\_\_\_\_ 2019 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертный совет по науке  
Департамент здравоохранения  
города Москвы №

«...» \_\_\_\_\_ 2019 г.

**ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ)**  
**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И**  
**ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО/СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО**  
**ДИАГНОЗОВ**

Методические рекомендации № 57

Москва 2019

**Забозлаев Ф.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Клевно В.А,  
Кучук С.А., Максимов А.В. Михалева Л.М., Полянко Н.И.,  
Шигеев В.Б., Шигеев С.В.**

**ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ)  
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И  
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО/СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО  
ДИАГНОЗОВ**

Москва 2019

УДК \_\_\_\_\_

ББК \_\_\_\_\_

С \_\_\_\_\_

**Организации-разработчики:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы»; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы»; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России; Академия постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России; ФГБНУ «Научно-исследовательский институт морфологии человека».

**Составители:** Забозлаев Ф.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Клевно В.А, Кучук С.А., Максимов А.В., Михалева Л.М., Полянко Н.И., Шигеев В.Б., Шигеев С.В.

**Рецензенты:**

Заслуженный врач РФ, заведующий отделом патологии ФГБНУ НИИ пульмонологии ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор **А.Л.Черняев**

Заслуженный деятель науки РФ, директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор **А.Л.Вёрткин**

**Предназначение.** Методические рекомендации предназначены для главных специалистов органов здравоохранения; руководителей лечебно-профилактических учреждений, врачей-патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов и клиницистов различных специальностей, специалистов по медицинской статистике; студентов медицинских вузов старших курсов, а также могут быть использованы преподавателями и слушателями кафедр патологической анатомии и судебной медицины в системе непрерывного медицинского образования при освоении программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки, профессиональных образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия и 31.08.10. Судебно-медицинская экспертиза.

**Все права авторов защищены. Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.**

ISBN \_\_\_\_\_

© Коллектив авторов, 2019

## АВТОРЫ

**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 города 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.

**Михалева Людмила Михайловна** – директор ФГБНУ «НИИ морфологии человека», заведующая патологоанатомическим отделением ГБУЗ «ГКБ № 31 ДЗМ», д.м.н., профессор.

**Полянко Николай Иванович** – заведующий организационно-методическим отделом по патологоанатомической службе ГБУЗ «НИИОЗММ Департамента здравоохранения города Москвы», к.м.н.

**Шигеев Владимир Борисович** – судебно-медицинский эксперт танатологического отдела ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы», к.м.н.

**Шигеев Сергей Владимирович** – начальник ГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» – главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ ...

ВВЕДЕНИЕ ...

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ...

ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ДИАГНОЗОВ ...

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СОПОСТАВЛЕНИЯ  
(СЛИЧЕНИЯ) ДИАГНОЗОВ ...

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ПРИЧИНЫ И  
КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ ...

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ...

ПРИЛОЖЕНИЕ. ПРИМЕРЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО  
КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО/СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗОВ ....

## **СОКРАЩЕНИЯ**

КАК – клинико-анатомическая конференция

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

ПИЛИ – подкомиссия по изучению летальных исходов врачебной комиссии медицинской организации

## ВВЕДЕНИЕ

Сопоставление (сличение) заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов – одна из основных форм контроля качества медицинской помощи<sup>1</sup>. Анализ летальных исходов, случаи расхождения диагнозов, а также дефекты прижизненной диагностики коморбидных заболеваний, осложнений основного и коморбидных заболеваний, основных сопутствующих заболеваний, должны быть предметом профессионального обсуждения в медицинских организациях, всем медицинском сообществе с принятием должных административных и организационных мер по устранению недостатков в лечебно-диагностическом процессе.

**В настоящее время в России на федеральном уровне отсутствуют нормативные документы и рекомендации по правилам сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов, также недостаточно регламентированы организация и порядок работы подкомиссии по изучению летальных исходов (далее – ПИЛИ) и клинико-анатомических конференций (далее – КАК) медицинских организаций.**

С учетом особой значимости вопросов сопоставления (сличения) 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.

---

<sup>1</sup>Приказ Минздрава России от 10.05.17 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

Проблема сопоставления (сличения) диагнозов 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 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 являются совместным трудом профессиональных некоммерческих медицинских ассоциаций – Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

**Целью методических рекомендаций** является формирование единых требований к правилам сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов.

Положения, описанные в настоящих методических рекомендациях 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, участвующих в проведении клинико-анатомического анализа летального исхода.

## 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 больного (форма №003/у, приказ МЗ СССР от 04.10.1980 г. №1030) или указанный как заключительный после посмертного эпикриза в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма №025/у, приказ Минздрава России от 15.12.2014 г. № 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 (далее – МКБ-10), её обновлениями, рекомендациями Минздрава России, Департамента здравоохранения города Москвы, Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

**Структура как заключительного клинического, так и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов должна быть представлена следующими рубриками<sup>1,2</sup>:**

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

Правила формулировки заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов изложены в методических рекомендациях Департамента здравоохранения города Москвы и рекомендациях Российского общества патологоанатомов<sup>1,2</sup>.

**Нерубрифицированные или неверно оформленный, а также со знаками вопроса заключительный клинические диагнозы непригодны для кодирования по МКБ-10 и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению) с патологоанатомическим/судебно-медицинским.**

Ниже приведены дефиниции основных терминов, применяемых при формулировке и сопоставлении (сличении) диагнозов.

---

<sup>1</sup>Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы, №№ 45-56; 2019. [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru);

<sup>2</sup>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.

**Диагноз** (греч. διάγνωσις – распознать, различить, точно взвесить, составить мнение) – это 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<sup>1,2</sup>

**Заключительный клинический диагноз** – это 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, номенклатурой болезней и нормативно-распорядительными документами.

**Патологоанатомический/судебно-медицинский диагноз** – это 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,

---

<sup>1</sup>Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. Пальцева М.А., Кактурского Л.В., Зайратьянца О.В. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011;

<sup>2</sup>Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы №№ 45-56, 2019. [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru).

предусмотренных действующими классификациями, номенклатурой болезней и нормативно-распорядительными документами.

**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<sup>1</sup>

**Синдром** – это 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<sup>1</sup>.

**Рубрики диагноза** – это разделы клинического, патологоанатомического/судебно-медицинского диагноза для записи основного заболевания, коморбидных заболеваний (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний - при наличии), осложнений основного заболевания (и коморбидных – при наличии), сопутствующих заболеваний (нерубрифицированный диагноз непригоден для кодирования по МКБ-10 и статистического анализа, не подлежит сопоставлению заключительного

---

<sup>1</sup> Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенный в действие приказом МЗ РФ от 22.01.01 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001».

клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов и, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный)<sup>1-3</sup>

**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<sup>4</sup>

**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<sup>5</sup>

**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 больной и которая самостоятельно могла привести к смерти<sup>1-3</sup>

---

<sup>1</sup>Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007;

<sup>2</sup>Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы №№ 45-56, 2019. [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru).

<sup>3</sup>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

<sup>4</sup>Статья 2, ФЗ-323 от 29.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

<sup>5</sup>Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. Т. 2. ВОЗ. Женева: ВОЗ;1995.

**Сочетанное заболевание** – вид коморбидного заболевания, нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал больной и которая отягощала течение основного заболевания, потребовав оказания медицинской помощи. Без взаимного отягощения основное или сочетанное заболевания в отдельности не вызвали бы летального исхода<sup>1-3</sup>

**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<sup>1-3</sup>

**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<sup>4</sup>. По поводу сопутствующего заболевания могут производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия, но оно не может иметь смертельных осложнений<sup>1-3</sup>

---

<sup>1</sup>Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007;

<sup>2</sup>Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы №№ 45-56, 2019. [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru);

<sup>3</sup>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;

<sup>4</sup>Статья 2, ФЗ-323 от 29.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

**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<sup>1-3</sup>

**Первоначальная причина смерти** – это 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<sup>1-4</sup>

**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<sup>1-4</sup>

---

<sup>1</sup>Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001, введенный в действие приказом МЗ РФ от 22.01.01 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001».

<sup>2</sup>Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы №№ 45-56, 2019. [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru).

<sup>3</sup>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

<sup>4</sup>Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русское издание. Т. 2. ВОЗ. Женева: ВОЗ;1995.

## ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ДИАГНОЗОВ

Сопоставление диагнозов проводится по всем его рубрикам («Для выявления расхождения заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза, а также дефектов оказания медицинской помощи производится сопоставление заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза»<sup>1</sup>):

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

### *Историческая справка*

Впервые в России понятие «расхождение диагнозов» было регламентировано приказом МЗ СССР от 20.06.1959 г. №316 «Об укреплении патологоанатомической службы и повышении ее роли в улучшении качества диагностики и лечения больных» (был отменен приказом МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375). В Приложение 10, пункте 2 этого приказа указывалось, что: «При сличении клинических и патологоанатомических диагнозов устанавливаются следующие категории оценок (*не путать с категориями расхождения диагнозов!* – примечание авторов):

- а) совпадение основного клинического и патологоанатомического диагноза;
- б) расхождение основного клинического и патологоанатомического диагноза;
- в) расхождение диагнозов по важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного страдания или имеющим характер причин смерти;
- г) расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям».

---

<sup>1</sup> Пункт 29 приказа Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».

Там же, в Приложении 10, пункте 4 было указано, что «расхождением по основным клиническим и патологоанатомическим диагнозам считается несовпадение диагнозов по нозологическому принципу, этиологии или локализации болезненного поражения».

Важно отметить, что термин «основной диагноз», нередко и сейчас ошибочно применяемый вместо понятия «основное заболевание», в настоящее время не корректен с точки зрения дефиниции (см. выше определения основных терминов), так как «диагноз» является более широким понятием, чем «заболевание». Кроме того, с 2011 г. определения таких понятий, как основное заболевание и др. утверждено в статье 2 Федерального закона №323-ФЗ от 29.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В дальнейшем, после выхода приказа МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375<sup>1</sup> и стандартов патологоанатомической службы, утвержденных приказом Росздравнадзора в 2005 г.<sup>2</sup>, понятия «совпадение» или «расхождение» диагнозов стали применять только для сопоставления (сличения) рубрик «Основное заболевание». Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности, по осложнениям, по смертельному осложнению, основным сопутствующим заболеваниям стали проводить отдельно и при несовпадении не фиксировать как расхождение диагнозов, а указывать дополнительно, в клинико-анатомическом эпикризе<sup>1-4</sup>

---

<sup>1</sup>Приказ МЗ СССР № 375 от 04.04.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране».

<sup>2</sup>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»

<sup>3</sup>Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007;

<sup>4</sup>Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011;

Однако долгое время (с 70-х гг. XX века и до 2011-2015 гг.) рубрика «Основное заболевание» могла быть представлена как одним заболеванием (при монокаузальном виде диагнозе), так и несколькими (комбинированное основное заболевание или полипатия при би- и мультикаузальных видах диагноза)<sup>1, 2</sup>.

Такое «комбинированное основное заболевание» могло быть представлено двумя и более конкурирующими, сочетанными, или основным и фоновым заболеваниями, из которых только одно, выставленное на первом месте, становилось первоначальной причиной смерти и учитывалось в статистике причин смерти населения. В результате, при совпадении первоначальных причин смерти могло быть зарегистрировано расхождение диагнозов (по конкурирующему, сочетанному или фоновому заболеванию).

После принятия Федерального закона №323-ФЗ от 29.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где в статье 2 была дана дефиниция основного заболевания, и внедрением в практику здравоохранения требований МКБ-10 к выбору и статистическому учету причин смерти населения, стало недопустимым представлять рубрику «Основное заболевание» несколькими нозологическими единицами и конкурирующие, сочетанные или фоновые заболевания перешли в самостоятельную рубрику диагноза «коморбидные заболевания (при наличии)»<sup>3, 4</sup>.

---

<sup>1</sup>Национальное руководство по патологической анатомии. Под ред. М.А.Пальцева, Л.В.Кактурского, О.В.Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011;

<sup>2</sup>Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении». Выпуск 1. Под ред. Р.У.Хабриева, М.А.Пальцева. М.: Медицина для всех, 2007;

<sup>3</sup>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;

<sup>4</sup>Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы №№ 45-56, 2019. [www.mosgorzdrav.ru](http://www.mosgorzdrav.ru);

Таким образом, нормативно-правовая база четко регламентирует, что в рубрике диагноза «Основное заболевание» может фигурировать только одно заболевание (травма, реже – синдром), которое является аналогом понятию «первоначальной причины смерти» по МКБ-10 и только при сопоставлении (сличении) этих рубрик заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов могут быть применены термины «совпадение» или «расхождение» диагнозов.

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

Следовательно, запись «совпадение» или «расхождение по основному заболеванию» утратила смысл, т.к. для других рубрик диагноза эти понятия не применимы.

Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности, по:

- коморбидным заболеваниям (конкурирующему, сочетанному, фоновому – при наличии);
- осложнениям основного заболевания (и коморбидных – при наличии), прежде всего, смертельному осложнению;
- сопутствующим заболеваниям,

проводится отдельно и при несовпадении не фиксируется 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 прижизненной диагностики коморбидных заболеваний, осложнений, прежде всего, смертельного, основных сопутствующих заболеваний, но понятия

«расхождение диагнозов» и «категория расхождения диагнозов» не применяются.

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

**При летальном исходе пациента в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а следует добавить и в амбулаторных условиях, отсутствие расхождения заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов является критерием качества медицинской помощи<sup>1</sup>**

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

- по нозологии,
- этиологии,
- характеру и локализации (в анатомических частях органа) патологического процесса (за исключением ситуаций, когда ошибка в диагностике локализации и некоторых других особенностей патологического процесса не могла повлиять на лечение и прогноз),
- при травме - по полноте диагностики повреждений,
- а также случаи несвоевременной (поздней) диагностики.

В функциональные обязанности врача-патологоанатома или врача-судебно-медицинского эксперта после производства вскрытия входит диагностика и констатация факта совпадения или расхождения диагнозов, а также фактов неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного заболевания (и коморбидных – при наличии), отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний.

---

<sup>1</sup> Приложение, п. II, 2.3. к приказу Минздрава России от 10.05.17 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Врач-патологоанатом или врач-судебно-медицинский эксперт обосновывают это в клинико-анатомическом эпикризе и предлагают, для обсуждения на ПИЛИ или КАК при наличии расхождения диагнозов или нераспознанных при жизни осложнений, коморбидных и сопутствующих заболеваний:

- причину расхождения диагнозов
- категорию расхождения диагнозов,
- причины неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного заболевания (и коморбидных – при наличии), отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний,
- причины других дефектов диагностики и лечения, выявленные на вскрытии.

Причина и категория расхождения диагнозов, причины неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного заболевания (и коморбидных – при наличии), отдельно – смертельного осложнения, сопутствующих заболеваний не устанавливаются окончательно, а только предлагаются врачом-патологоанатомом или врачом-судебно-медицинским экспертом. Решение об этом, с их участием, принимается только коллегиально, на заседании ПИЛИ или КАК.

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

**Дефектом оказания медицинской помощи является наличие расхождений диагнозов по II и III категориям, вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи<sup>1</sup>**

Следовательно, хотя отсутствие расхождения заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов является критерием качества медицинской помощи<sup>2</sup>, сам факт расхождения диагнозов, особенно I категории, не является дефектом оказания медицинской помощи. Расхождение диагнозов по II и III категориям квалифицируется таковым только при установленных экспертизой нарушениях оказания медицинской помощи.

Для оценки статистических данных о результатах сопоставления (сличения) заключительных клинических и патологоанатомических/судебно-медицинских диагнозов в медицинских организациях России и за рубежом важно привести правила их сопоставления, принятые во многих странах мира и ставшие, фактически, международными.

Они были предложены Л.Гольдманом и соавт. в 1983 г. и получили название «критерии, или система, или классификация ошибок диагностики Гольдмана». Следует уточнить, что система Гольдмана предназначена для анализа нерубрифицированных диагнозов и, главным образом, не врачами-патологоанатомами/судебно-медицинскими экспертами непосредственно по итогам вскрытия, а экспертами по качеству оказания медицинской помощи и другими специалистами, преимущественно ретроспективно на основе обработки архивных баз данных.

---

<sup>1</sup>Приложение 8, раздел 3, пункт 3.12 Приказа ФФОМС от 28.02.2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». <sup>2</sup>Приложение, п. II, 2.3. к приказу Минздрава России от 10.05.17 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

В связи с этим, прямое внедрение системы Гольдмана в практическое здравоохранение РФ для каждодневной работы не представляется в ближайшее время возможным и целесообразным, но перспективно обсуждение этого вопроса профессиональными медицинскими ассоциациями.

Классическая система Гольдмана, предложенная в 1983 г., содержала 5 классов результатов сопоставления диагнозов:

- Класс I. Расхождение диагнозов по основному заболеванию, ошибка диагностики потенциально неблагоприятно повлияла на исход оказания медицинской помощи.
- Класс II. Расхождение диагнозов по основному заболеванию; неблагоприятное влияние ошибки диагностики на исход оказания медицинской помощи неопределенно (сомнительно).
- Класс III. Расхождение диагнозов по прочим заболеваниям и их осложнениям; отсутствие адекватного лечения потенциально могло иметь значение и повлиять на неблагоприятный исход оказания медицинской помощи.
- Класс IV. Расхождение диагнозов по прочим заболеваниям и их осложнениям; верный диагноз не мог быть установлен при жизни
- Класс V. Совпадение диагнозов.

Система Гольдмана к настоящему времени претерпела ряд изменений, и сегодня широко применяются две ее модификации.

#### **Модифицированная система Гольдмана, вариант 1**

- Класс I. Расхождение диагнозов по основному заболеванию; ошибка диагностики оказала прямое влияние на летальный исход. Если заболевание было бы распознано, это изменило бы лечение (пример: не диагностированный при жизни инфаркт миокарда у пациента с клиникой боли в груди)
- Класс II. Расхождение диагнозов по основному заболеванию; ошибка диагностики оказала прямое влияние на летальный исход. Если

заболевание было бы распознано, это могло бы и не изменить лечение и не оказать влияние на наступление летального исхода (пример: не диагностированный при жизни инфаркт миокарда у пациента с внезапной остановкой сердца).

- Класс III. Расхождение диагнозов по прочим заболеваниям и осложнениям; случайная находка на вскрытии, прямо не связанная с причиной смерти, но имеющая отношение к неблагоприятному исходу болезни (пример: диагностированный при жизни инфаркт миокарда, но не выявленный пристеночный тромб в левом желудочке).
- Класс IV. Расхождение диагнозов по прочим заболеваниям и осложнениям; Случайная находка на вскрытии, не связанная с причиной смерти (пример: диагностированный при жизни инфаркт миокарда, приведший к смерти, но не диагностированный рак легкого)
- Класс V. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

### **Модифицированная система Гольдмана, вариант 2**

- Класс I. Расхождение диагнозов по основному и коморбидным заболеваниям, смертельным осложнениям, которое могло повлиять на наступление летального исхода; верный диагноз возможно потребовал бы изменения лечения.
- Класс II. Расхождение диагнозов по основному и коморбидным заболеваниям, смертельным осложнениям, которое не повлияло на наступление летального исхода; верный диагноз не потребовал бы изменения лечения.
- Класс III и IV. Расхождение диагнозов по несмертельным осложнениям и сопутствующим заболеваниям; ошибка прижизненной диагностики не оказала влияния на наступление летального исхода.

#### *Примечания:*

1) если в одном и том же случае выявлено больше одного типа (класса) расхождения, учитывается более тяжелый (с меньшим номером);

2) ошибки диагностики I и II классов относят к серьезным («тяжелым») и обычно именно эти суммарные показатели приводятся в зарубежной литературе в качестве показателей статистики расхождений диагнозов.

## **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ДИАГНОЗОВ**

Результаты сопоставления заключительного и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов и их обоснование указываются в клинико-анатомическом эпикризе и в других соответствующих разделах протокола патологоанатомического вскрытия<sup>1</sup> и акта судебно-медицинского исследования трупа.

Заключения ПИЛИ или КАК после их проведения обязательно вносятся в соответствующий раздел протокола патологоанатомического вскрытия<sup>1</sup> или акта судебно-медицинского исследования трупа.

Клинико-анатомический эпикриз составляют в итоге оформления протокола патологоанатомического вскрытия/акта судебно-медицинского исследования трупа, на основе полученных в ходе вскрытия объективных данных, результатов гистологических, бактериологических, судебно-химических и других методов исследования секционного материала, а также руководствуясь клинико-лабораторными данными представленной медицинской документации (при наличии). Клинико-анатомический эпикриз следует оформлять по единым принципам и в соответствии с общими требованиями, в нем не следует повторять выписку из медицинской документации (дублировать клинический посмертный эпикриз) или содержание патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов.

Клинико-анатомический эпикриз должен содержать следующие обязательные разделы:

- обоснование патологоанатомического/судебно-медицинского диагноза (всех его рубрик) и механизма танатогенеза;
- обоснование первоначальной и непосредственной причин смерти (заключение о них целесообразно выделять отдельным разделом);

---

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»

- 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 заболевания (и коморбидных – при наличии), 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 рассмотрение ПИЛИ или КАК, а также о других возможных дефектах диагностического, лечебного, организационного характера, включая оформление медицинской карты умершего, с целью постановки аргументированных вопросов для обсуждения на заседании ПИЛИ или КАК медицинской организации.

Неполное оформление клинико-анатомического эпикриза является дефектом оформления медицинской документации.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ПРИЧИНЫ И КАТЕГОРИИ РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ**

Окончательное заключение о диагнозе заболевания и причине смерти принимают коллегиально на ПИЛИ или КАК, которые также устанавливают категорию и причину расхождения диагнозов (при его наличии).

В заседаниях ПИЛИ кроме постоянных её членов, уполномоченных приказом главного врача медицинской организации, обязательно принимают участие врач-патологоанатом, или заведующий патологоанатомическим отделением, или врач-судебно-медицинский эксперт, производивший исследование трупа.

Заведующий патологоанатомическим отделением является ее постоянным членом и приказом главного врача медицинской организации назначается одним из заместителей председателя ПИЛИ.

На заседаниях ПИЛИ разбираются все летальные исходы в данной медицинской организации, независимо от того, было или не было произведено патологоанатомическое/судебно-медицинское вскрытие. В зависимости от особенностей медицинской организации рекомендуется организация ПИЛИ по основным профилям работы (терапевтическое, хирургическое, неврологическое, онкологическое и др.).

Заключение ПИЛИ используется в дальнейшем экспертом качества медицинской помощи при проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи.

На заседаниях ПИЛИ коллегиальному обсуждению подвергается как заключительный клинический, так и патологоанатомический/судебно-медицинский диагнозы, результаты сопоставления 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 дефектах оказания

медицинской помощи и особенностях танатогенеза, патоморфоза заболевания в данном летальном исходе, а также предлагают для обсуждения причину и категорию расхождения диагнозов, причины дефектов диагностики других патологических состояний при их наличии.

ПИЛИ или КАК устанавливают и утверждают категорию расхождения (кате­горию диагностической ошибки) и причину расхождения (одну из групп объективных и субъективных), наличие и причины других дефектов лечебно-диагностического процесса.

КИЛИ или КАК не имеют права менять заключение врача-патологоанатома или врача-судебно-медицинского эксперта о факте расхождения диагнозов (с расхождения на совпадение диагнозов), но могут принять решение, наоборот, о наличии расхождения диагнозов, при отсутствии возражений со стороны этих врачей.

Кроме ПИЛИ или КАК врач любой специальности, прошедший соответствующее обучение и имеющий действующий сертификат эксперта по оценке качества медицинской помощи, имеет право при исполнении своих служебных обязанностей, самостоятельно принимать решение о причинах и категории расхождения диагнозов, причинах неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, смертельного осложнения, сопутствующих заболеваний, других дефектах оказания медицинской помощи.

Факт поздней (несвоевременной) прижизненной диагностики любых патологических состояний, диагностированных на вскрытии умершего, прежде всего, основного заболевания (что будет являться причиной расхождения диагнозов) окончательно устанавливается также только коллегиально, на ПИЛИ и КАК (или врачом любой специальности, прошедший соответствующее обучение и имеющий действующий сертификат эксперта).

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

### *Историческая справка*

Впервые понятие «категории расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов» и их дефиниции было разработано патологоанатомической службой и утверждено приказом МЗ СССР в 1983 г.<sup>1</sup> для оценки объективной возможности (или невозможности) правильной прижизненной диагностики и значения диагностической ошибки для исхода заболевания. Определения категорий расхождения диагноза были уточнены в 1988 г. в методических рекомендациях МЗ РСФСР «Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций». Важно отметить, что эти документы делегировали определение причин и категории расхождения диагнозов не врачу-патологоанатому (оставляя за ним только констатацию самого факта расхождения диагнозов), а коллегиальным экспертным органам медицинских организаций – ПИЛИ или КАК.

Однако к началу 2000-х гг. эти экспертные функции юридически неоправданно были переданы патологоанатомической службе, что, к сожалению, нашло отражение в стандартах патологоанатомических исследований<sup>2</sup>, утвержденных приказом Росздравнадзора в 2007 г.<sup>3</sup>

Но уже через несколько лет ошибочность такого подхода стала ясна и в действующих нормативно-распорядительных документах федерального уровня, регламентирующих работу врача-патологоанатома, установление причин и категории расхождения диагнозов справедливо не упоминается, в

---

<sup>1</sup>Приказ МЗ СССР № 375 от 04.04.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране»;

<sup>2</sup>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;

<sup>3</sup>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»

том числе в приказе Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» и профессиональном стандарте «Врач-патологоанатом» (2018).

Следует признать, что как индикатор качества медицинской помощи, категории расхождения диагнозов достаточно субъективны и уязвимы для критики 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 лечебную тактику и наступление летального исхода. Заключение о том, что неверный клинический диагноз фактически не повлиял на правильность лечения больного и наступление летального исхода (II категория расхождения диагнозов) может быть связано с недостаточно глубоким анализом наблюдения, а само определение этой категории расхождения много лет критически обсуждается в специальной литературе.

Однако и другие ранее предлагаемые критерии, например, предотвратимость или непредотвратимость летального исхода, оказались не менее субъективными и, в настоящее время, не нашли широкого применения.

**Не случайно дефектом оказания медицинской помощи регламентировано не просто наличие расхождений диагнозов, даже по II и III категориям, а только вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи<sup>1</sup>.**

По-видимому, более объективными показателями (индикаторами) качества прижизненной диагностики являются своевременность установки клинического диагноза и конкретные причины расхождений диагнозов.

---

<sup>1</sup>Приложение 8, раздел 3, пункт 3.12 Приказа ФФОМС от 28.02.2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»

**I категория расхождения диагнозов** – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные<sup>1</sup>.

По другому определению, 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<sup>2</sup>

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 больной, что является причиной рекомендации экспертам ФОМС проводить в таких случаях там экспертизу оценки оказания медицинской помощи<sup>2</sup>

**II категория расхождения диагнозов** – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания<sup>1</sup>.

По другому определению, 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

---

<sup>1</sup>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;

<sup>2</sup>Приложение 1 Приказа 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.

диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход (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<sup>1</sup> Таким образом, расхождения диагнозов по II категории являются следствием как объективных, так и субъективных причин.

Важно подчеркнуть, что, как указывалось еще в методических рекомендациях МЗ РСФСР 1988 г. «Подготовка и проведение клинко-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».

**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<sup>2</sup>.

По другому определению, к III категории расхождения диагнозов следует относить случаи, при которых неправильная диагностика повлекла за собой неадекватные лечебные мероприятия, что обусловило летальный исход<sup>1</sup>

Причины расхождения диагнозов по III категории являются следствием, преимущественно, субъективных причин. Не следует приравнивать к ятрогениям случаи расхождения диагнозов, в частности, по III категории.

---

<sup>1</sup>Приложение 1 Приказа 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.

<sup>2</sup>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;

**Таким образом, дефектом оказания медицинской помощи является не просто наличие расхождений диагнозов по II и III категориям, а только такие расхождения вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи<sup>1</sup>**

Как уже сказано выше, сам факт расхождения диагнозов или расхождения диагнозов по II и III категориям, без экспертной оценки причин расхождения и нарушений, допущенных при оказании медицинской помощи, неправомерно трактовать как дефект медицинской помощи и объединять их по квалификации тяжести и размерам штрафных санкций, налагаемых на медицинскую организацию, что иногда неверно делается со ссылкой на приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230<sup>2</sup>.

В результате, возникает парадоксальная ситуация, когда величина штрафных санкций при расхождении диагнозов по II категории («представляющей академический интерес ....» - см. выше) может многократно превышать таковые за невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Приложение 8, раздел 3, пункт 3.12 Приказа ФФОМС от 28.02.2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»).

<sup>2</sup>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» и приказа Минздрава России от 6.08.2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом МЗ и СР РФ от 28.02.2011 г. № 158н»).

<sup>3</sup> Статья 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

**Выделяют следующие причины расхождения диагнозов (объективные и субъективные)<sup>1, 2</sup>.**

**Объективные:**

1. *Кратковременность пребывания больного в медицинском учреждении («краткость пребывания»).* Установление клинического диагноза регламентировано не позднее:

- 72 часов с момента (обычно планового) поступления пациента в профильное отделение стационара (включая дневной стационар);
- 24 часов с момента поступления пациента по экстренным показаниям в профильное отделение стационара (но предварительного диагноза – не позднее 1 часа от момента обращения пациента в медицинскую организацию при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме);
- 10 суток с момента обращения пациента при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях<sup>3</sup>.

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

---

<sup>1</sup>Приложение 1 Приказа 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».

<sup>2</sup>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;

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 15.08.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

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

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

Последняя (№4) объективная причина расхождения диагнозов ранее не предлагалась в стандартах и рекомендациях патологоанатомической службы, но вполне справедливо добавлена впервые в приложении к приказу МГ ФОМС от 2019 г.<sup>1</sup>

***Субъективные:***

1. *Недостаточное клиническое обследование больного* (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.*

Здесь приведены субъективные причины, представленные в в приложении к приказу МГ ФОМС от 2019 г.<sup>1</sup>

Ранее, в стандартах и рекомендациях патологоанатомической службы, предлагались следующие субъективные причины расхождения диагнозов, достаточно близкие к утвержденным МГ ФОМС:

---

<sup>1</sup>Приложение 1 Приказа 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».

1. Недостаточное обследование больного.
2. Недоучет анамнестических данных.
3. Недоучет клинических данных.
4. Неправильная трактовка (недоучет или переоценка) данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.
5. Недоучет или переоценка заключения консультанта.
6. Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.
7. Прочие причины (необходимо назвать конкретную причину).

Целесообразно использовать перечень, утвержденный МГ ФОМС, который положен в основу работы экспертов фонда ОМС.

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

Для внебольничной летальности (умерших вне стационара, на дому и др.), 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 клиничко-анатомическом эпикризе 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.

Для внебольничной летальности (умерших вне стационара, на дому и др.), редко применима I категория расхождения диагнозов и некоторые причины их расхождения, подразумевающие госпитализацию пациента в стационар, что следует учитывать в экспертной оценке.

При сопоставлении диагнозов в случаях смерти больных от не диагностированных при жизни ятрогенных патологических процессов, явившихся основными заболеваниями (первоначальными причинами смерти) устанавливается расхождение диагнозов III категории.

При несогласии врача-патологоанатома или судебно-медицинского эксперта, как и другого члена ПИЛИ, с ее решением, рассмотрение спорного случая переносится на обсуждение КАК медицинской организации, где врач-патологоанатом/судебно-медицинский эксперт или иной член ПИЛИ представляют аргументированные доказательства своей точки зрения. Окончательное клиничко-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается исключительно коллегиально.

При отсутствии согласия сторон и после КАК, в протоколе журнала заседаний КАК и в клиничко-анатомическом эпикризе делается соответствующая запись, и спорный вопрос передается для рассмотрения в вышестоящую клиничко-экспертную комиссию в соответствии с нормативными документами (вплоть до заседания соответствующих комиссий Министерства/Департамента здравоохранения субъекта Российской Федерации). До достижения согласованного решения заключение по летальному исходу не является официальным.

Для принятия решений, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи населению, выявления путей снижения летальности в медицинских организациях, материалы ПИЛИ и КАК передаются главным специалистам Министерства (Департамента) здравоохранения субъекта Российской Федерации.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врач-патологоанатом. Профессиональный стандарт. Разработчики: Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В., Забозлаев Ф.Г., Орехов О.О., Кононов А.В. Утвержден Минздравом России и Минтруда России, 2018.
2. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
3. Зайратьянц О.В. Правила формулировки патологоанатомического диагноза. Общие положения. Электронный учебный модуль для непрерывного медицинского образования. М.: ООО «ГЭОТАР-Медиа», 2016. <http://edu.rosminzdrav.ru/>
4. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Правомерность выделения категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2016;1(3):87-94.
5. 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.
6. 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.
7. Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи. Судебная медицина. 2019;5(2):4-10.
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русскоязычное издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ,1995.

9. Методические рекомендации «Подготовка и проведение клинко-анатомических конференций». МЗ РСФСР, 1988.
10. 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](http://www.mosgorzdrav.ru)
11. Патологическая анатомия. Национальное руководство. Под ред. М.А. Пальцева, Л. В. Кактурского, О. В. Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
12. Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001».
13. Приказ МЗ СССР № 375 от 04.04.1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране». Приложение 7.
14. Приказ Минздрава России № 354н от 06.06.2013 г. «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
15. Приказ Минздрава России от 6.08.2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом МЗ и СР РФ от 28.02.2011 г. № 158н»
16. Приказ Минздрава России от 15.08.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
17. 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»
18. 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».
19. 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.
  20. 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.
  21. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
  22. 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.
  23. 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
  24. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. акад. Петровского Б.В. М.: Советская энциклопедия; 1982
  25. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med.* 1983;308(17):1000–1005.
  26. Wittschieber D, Klauschen F, Kimmritz AC, et al. Who is at risk for diagnostic discrepancies? Comparison of pre- and postmortal diagnoses in 1800 patients of 3 medical decades in East and West Berlin. *PLoS One.* 2012;7 e37460.

27. Wittekind C., Gradistanac T. Post-Mortem Examination as a Quality Improvement Instrument. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Sep 28;115(39):653-658.

**ПРИМЕРЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО  
КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО/СУДЕБНО-  
МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗОВ**

**(диагнозы представлены в неразвернутой, сокращенной форме)**

Пример 1

Больной экстренно госпитализирован по СМП в отделение реанимации, летальный исход наступил через 12 часов после госпитализации.

**Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* **Алкогольный панкреонекроз (K85.2)**. Хроническая алкогольная интоксикация. Алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия. Панкреатогенный шок. Острый респираторный дистресс-синдром. Отек головного мозга. Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата).

**Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Алкогольный субтотальный смешанный панкреонекроз (K85.2)**. Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата)

*Фоновое заболевание:* **Хроническая алкогольная интоксикация с полиорганными проявлениями (F10.1)**: алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, жировой гепатоз

*Осложнения основного заболевания:* **Панкреатогенный (ферментативный) шок (R57.8)**. Субэндокардиальные некрозы миокарда в области передней и боковой стенок левого желудочка. Острый респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз. Отек головного мозга

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

*Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Другие формы шока (R57.8).

б) Острый алкоголь-индуцированный панкреатит (K85.2)

в) —.

г) —.

II. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя без синдрома зависимости (F10.1).

Операция лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости (дата).

*Выписка из клинико-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от алкогольного панкреонекроза при наличии фонового заболевания – хронической алкогольной интоксикации с полиорганными поражениями, осложнившегося

панкреатогенным шоком, через ... час. после операции лапаротомии, санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – II.

Причина расхождения: субъективная (неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза). Заключительный клинический диагноз не рублифицирован, не подлежит сличению с патологоанатомическим.

#### Пример 2

Больной экстренно госпитализирован по СМП в отделение реанимации, летальный исход наступил через 4 суток после госпитализации.

#### **Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* **Рак верхнедолевого бронха левого легкого (С34.1) с метастазами в ... лимфатические узлы, кости (Т4N1M1)**

*Осложнения основного заболевания:* Очаговая двусторонняя пневмония. **Острая легочно-сердечная недостаточность (I27.8)**. Отек легких. Отек головного мозга

*Сопутствующие заболевания:* Постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка.

#### **Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Узловато-разветвленный рак верхнедолевого бронха левого легкого (С34.1) с массивным распадом опухоли (... — гистологически). Множественные метастазы рака в ... лимфатические узлы, в кости (...), печень, ... (Т4N1M1)**

*Фоновое заболевание:* **ХОБЛ в стадии обострения в виде очаговой бронхопневмонии (J44.0) в ... сегментах обоих легкого (этиология). Вторичная легочная гипертензия, атеросклероз легочных артерий, легочное сердце (масса сердца - ... г, толщина стенки правого желудочка - ... см., желудочковый индекс - ...).**

*Осложнения основного заболевания:* **Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда II типа в области верхушки сердца и задней стенки левого желудочка (I21.4). Острая легочно-сердечная недостаточность (I27.8).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких. Отек головного мозга

*Сопутствующие заболевания:* Крупноочаговый кардиосклероз задней стенки левого желудочка (размеры). Атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно левой огибающей артерии до 50%).

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Другие уточненные формы легочно-сердечной недостаточности (I27.8).

б) Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда (I21.4)

в) Рак левого верхнедолевого бронха (С34.1)

г) —.

II. Хроническая обструктивная легочная болезнь с острой респираторной инфекцией нижних дыхательных путей (J44.0).

*Выписка из клинко-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от рака левого верхнедолевого бронха с распространенными метастазами при наличии фонового заболевания – ХОБЛ в стадии обострения в виде очаговой пневмонии, осложнившегося острой легочно-сердечной недостаточностью.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено совпадение.

Категория расхождения – нет

Фоновое заболевание – при жизни не диагностирована ХОБЛ в стадии обострения в виде двусторонней очаговой пневмонии (последняя распознана, но ошибочно расценена как осложнение рака бронха). Причина – субъективная (недостаточное клиническое обследование).

Осложнения основного заболевания (и коморбидного) – не диагностирован инфаркт миокарда типа II. Причина – субъективная (недостаточное клиническое обследование больного).

Пример 3

Больная экстренно госпитализирована по СМП в отделение кардиореанимации, летальный исход наступил через 2 суток после госпитализации.

#### **Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* **Острый повторный трансмуральный инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого и задней стенки правого желудочков (I21.2)**

*Фоновое заболевание:* **Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая макро- и микроангиопатия, диабетическая ретинопатия, нефропатия (E11.7) ...** ХБП, стадия 3.

*Осложнения основного заболевания:* **Острая сердечная недостаточность (I50.1). Отек легких**

*Сопутствующие заболевания:* Рак левой молочной железы (T3NxMx).

#### **Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Рак левой молочной железы в области верхне- и нижненаружного квадрантов (C50.8) (... – гистологически). Метастазы в ... лимфатические узлы, легкие, печень. Лучевая и химиотерапия (...)** (T4N1M1)

*Сочетанное заболевание:* **Хронический двусторонний пиелонефрит (N11.8) в стадии обострения ....** ХБП, стадия 3 (клинически).

*Фоновое заболевание:* **Сахарный диабет 2-го типа (биохимия крови — ... , дата). Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия, диабетическая ретинопатия (E11.7) ...**

*Осложнения основного заболевания:* **Очаговая сливная бронхопневмония в ... сегментах левого легкого (этиология не уточнена) (J18.0). Очаги некроза миокарда в области верхушки сердца. Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких**

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

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Недостаточность левого желудочка (I50.1)

б) Бронхопневмония неуточненная (J18.0)

в) Злокачественное поражение молочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C50.8).

г) —.

II. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения (N11.8)

Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

*Выписка из клинко-анатомического эпикриза:* Смерть больной наступила от рака молочной железы с распространенными метастазами при наличии сочетанного заболевания – хронического пиелонефрита и фонового для него заболевания – сахарного диабета 2-го типа, осложнившегося острой сердечной недостаточностью.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – II

Причина расхождения – субъективная (недостаточное клиническое обследование больного).

Сочетанное заболевание – не распознан хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Причина расхождения – субъективная (недостаточное клиническое обследование больного).

Фоновое заболевание – диагностировано.

Осложнения основного заболевания (и коморбидного) – не диагностированы бронхопневмония слева, метаболические очаги некроза миокарда. Причина – субъективная (недостаточное клиническое обследование больного).

Пример 4

Больная экстренно госпитализирована по СМП в отделение кардиореанимации, летальный исход наступил через 12 часов после госпитализации.

#### **Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* **Острый повторный трансмуральный инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого и задней стенки правого желудочков (I21.2)**

*Фоновое заболевание:* **Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая макро- и микроангиопатия, диабетическая ретинопатия, нефропатия (E11.7) ...** ХБП, стадия 3.

*Осложнения основного заболевания:* **Острая сердечная недостаточность (I50.1).** Отек легких

*Сопутствующие заболевания:* Рак левой молочной железы (T3NxMx).

#### **Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Рак левой молочной железы в области верхне- и нижненаружного квадрантов (C50.8) (... – гистологически).** Метастазы в ... лимфатические узлы, легкие, печень. Лучевая и химиотерапия (...) (T4N1M1)

*Сочетанное заболевание:* **Хронический двусторонний пиелонефрит (N11.8)** в стадии обострения .... ХБП, стадия 3 (клинически).

*Фоновое заболевание:* **Сахарный диабет 2-го типа (биохимия крови — ... , дата).** **Атрофия и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия, диабетическая ретинопатия (E11.7) ...**

*Осложнения основного заболевания:* **Очаговая сливная бронхопневмония в ... сегментах левого легкого (этиология не уточнена) (J18.0).** Очаги некроза миокарда в области верхушки сердца. **Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1).** Острое общее венозное полнокровие. Отек легких

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

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Недостаточность левого желудочка (I50.1)

б) Бронхопневмония неуточненная (J18.0)

в) Злокачественное поражение молочной железы, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C50.8).

г) —.

II. Хронический двусторонний пиелонефрит в стадии обострения (N11.8)

Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

*Выписка из клинико-анатомического эпикриза:* Смерть больной наступила от рака молочной железы с распространенными метастазами при наличии сочетанного заболевания – хронического пиелонефрита и фонового для него заболевания – сахарного диабета 2-го типа, осложнившегося острой сердечной недостаточностью.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – I

Причина расхождения – объективная (краткость пребывания).

Сочетанное заболевание – не распознан хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Причина расхождения – объективная (краткость пребывания).

Фоновое заболевание – диагностировано.

Осложнения основного заболевания (и коморбидного) – не диагностированы: бронхопневмония слева, метаболические очаги некроза миокарда. Причина – объективная (краткость пребывания).

Пример 5

Больная экстренно госпитализирована по СМП в отделение реанимации, летальный исход наступил через 4 суток после госпитализации.

#### **Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* **Хронический пиелонефрит. ХБП, стадия 5 (N18.5).**

*Осложнения основного заболевания:* **Терминальная почечная недостаточность.**

**Уремия (N18.5).** Отек легких и головного мозга.

#### **Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (I13.2).** Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 510 г, толщина стенки левого желудочка 2,2 см, правого — 0,4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца. Нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (I степень, II стадия). Артериолосклеротический нефросклероз с исходом в первично сморщенные почки (масса обеих почек 160 г). ХБП, стадия 5 (клинически).

*Осложнения основного заболевания:* **Уремия (N18.0 по МКБ-10-1995 или N18.5 по МКБ-10-2019)** (биохимия крови — ..., дата): уремический эрозивно-язвенный пангастрит, фибринозный энтероколит, фибринозный перикардит, жировая дистрофия печени. Хроническое общее венозное полнокровие: ..... Очаги некроза миокарда в передней и задней стенках левого желудочка (размеры). Отек легких и головного мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Атеросклероз аорты, артерий головного мозга (2-я степень, II стадия).

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Терминальная стадия поражения почек - N18.0 по МКБ-10-1995 или хроническая болезнь почек, стадия 5 – N18.5 – по МКБ-10-2019).

б) Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца и почек с (застойной) сердечной недостаточностью и почечной недостаточностью (I13.2 – МКБ-10-1995) или Гипертензивная болезнь сердца и почек как с сердечной недостаточностью, так и с почечной недостаточностью (I13.2 – МКБ-10-2019)

в) —.

г) —.

II. —.

*Выписка из клинико-анатомического эпикриза:* Смерть больной наступила от гипертонической болезни, осложнившейся терминальной почечной недостаточностью (уремией).

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – II

Причина расхождения – субъективная (неверная интерпретация клинических данных).

Осложнения основного заболевания – диагностированы верно.

Пример 6

Больной экстренно госпитализирован в отделение реанимации с массивным кровотечением из полости рта. Летальный исход наступил через 2 суток после госпитализации.

#### Заключительный клинический диагноз

*Основное заболевание:* **Рак дна полости рта? Туберкулез подчелюстного лимфатического узла? Гранулематоз Вегенера ?**

*Осложнения основного заболевания:* **Массивное аррозивное кровотечение в полости рта из некротизированного подчелюстного лимфатического узла (R58.X). Острая постгеморрагическая анемия (D62.X).** Операция остановки кровотечения.

*Сопутствующие заболевания:* ИБС: стабильная стенокардия.

#### Патологоанатомический диагноз

*Основное заболевание:* **Рак дна полости рта в области передней и левой боковой части (C04.8)** (...— гистологически). Метастазы рака в шейные и подчелюстные лимфатические узлы с обеих сторон (T4N1M0)

*Осложнения основного заболевания:* Некроз метастаза в левом подчелюстном лимфатическом узле с аррозией ... артерии. **Массивное аррозивное кровотечение (R58.X).** Операция остановки кровотечения (дата). **Острая постгеморрагическая анемия (D62.X)** (данные клинических анализов). Острое общее малокровие внутренних органов. Очаги некроза миокарда в задней стенке левого желудочка. Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз

*Сопутствующие заболевания:* Другие формы хронической ИБС (стабильная стенокардия – клинически). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ветвей левой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

#### Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Острая постгеморрагическая анемия (D62.X)

б) Кровотечение, не классифицированное в других рубриках (R58.X).

в) Злокачественное новообразование дна полости рта, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций (C04.8).

г) —.

II. —.

*Выписка из клинко-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от рака дна полости рта с метастазами в лимфатические узлы, осложнившегося некрозом метастаза в подчелюстной лимфатический узел, массивным аррозивным кровотечением и острой постгеморрагической анемией, через ... час. после операции остановки кровотечения.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – II

Причина расхождения – субъективная (неверная формулировка клинического диагноза – три основных заболевания со знаками вопроса).

Осложнения основного заболевания – диагностированы верно.

Сопутствующие заболевания – диагностированы верно.

## Пример 7

Больной экстренно госпитализирован в хирургическое отделение. Летальный исход наступил через 6 суток после госпитализации.

### Заключительный клинический диагноз

*Основное заболевание:* Сепсис (этиология - *Staphylococcus aureus*) (A41.0). Флегмона бедра. Гепатоспленомегалия.

*Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая макро- и микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия, нефропатия. ХБП, стадия 3 (E11.7) ...

*Осложнения основного заболевания:* Септический шок (R57.2). ДВС-синдром.

### Патологоанатомический диагноз

*Основное заболевание:* Флегмона верхней и средней трети бедра (L03.1) (бактериология – *Staphylococcus aureus*, номер, дата исследования)

*Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа (биохимия крови — ..., дата). Атрофия, склероз и липоматоз поджелудочной железы. Диабетическая макро- и микроангиопатия, ретинопатия, полинейропатия, диабетический нефросклероз (ХБП, стадия 3 – клинически) (E11.7) ...

*Осложнения основного заболевания:* Сепсис (бактериология – *Staphylococcus aureus* (A41.0), номер, дата исследования): септицемия, септический шок (R57.2): синдром системного воспалительного ответа (показатели ...). Гиперплазия селезенки (масса ...). Синдром полиорганной недостаточности (показатели ...). Респираторный дистресс-синдром. Некротический нефроз. ДВС-синдром. Некрозы миокарда задней и боковой стенок левого желудочка.

### Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Септический шок (R57.2)

б) Септицемия (по МКБ-10-1995) или сепсис (по МКБ-10-2019), вызванный *Staphylococcus aureus* (A41.0)

в) Флегмона других отделов конечностей (L03.1)

г) —.

II. Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

*Выписка из клинко-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от флегмоны бедра, при наличии фонового заболевания – сахарного диабета 2-го типа, осложнившейся сепсисом с септическим шоком.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – II

Причина расхождения – субъективная (неверная формулировка клинического диагноза – сепсис является осложнением флегмоны бедра – первичного септического очага и основного заболевания).

Фоновое заболевание – диагностировано верно.

Осложнения основного заболевания – диагностированы верно.

## Пример 8

Смерть больного в стационаре, в отделении кардиореанимации (поступил экстренно, по СМП) через 2 суток после госпитализации.

### Заключительный клинический диагноз

*Основное заболевание:* **Постинфарктный кардиосклероз в области переднебоковой стенки (I25.8).**

*Фоновое заболевание:* **Гипертоническая болезнь III ст., ... (I11.9)**

*Осложнения основного заболевания:* НК ПБ...**Застойная сердечная недостаточность, отек легких (I50.0).**

*Сопутствующие заболевания:* Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

#### **Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Острый повторный трансмуральный крупноочаговый инфаркт миокарда (тип 1) переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка (I21.0)** (давностью около 4 суток, размеры очага некроза), крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца). 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:* **Почечная артериальная гипертензия (I15.1):** эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого — 0,3 см). Хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек - ... г.). ХБП, стадия 3 (клинически).

*Осложнения основного заболевания:* Миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца. **Гемотампонада перикарда (I23.0)** (объем излившейся крови, мл). Острое общее венозное полнокровие. Отек легких и головного мозга

*Сопутствующие заболевания:* Язвенная болезнь желудка, стадия ремиссии: хроническая каллезная эпителизированная язва (диаметр язвенного дефекта) тела желудка в области его малой кривизны. Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Гемоперикард как текущее осложнение острого инфаркта миокарда (I23.0)

б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки (I21.0).

в) —.

г) —.

II. Вторичная гипертензия при других поражениях почек (I15.1).

*Выписка из клинико-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от острого повторного инфаркта миокарда при наличии фонового заболевания — почечной артериальной гипертензии, обусловленной хроническим пиелонефритом, осложнившегося гемотампонадой перикарда.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения — III.

Причина расхождения: субъективная (неправильная трактовка - недоучет данных клинико-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных).

Фоновое заболевание — неверно диагностирован характер артериальной гипертензии.

Причина - субъективная (неправильная трактовка - недоучет данных клинико-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных).

Осложнения, включая смертельное, при жизни также не диагностированы. Причина — также субъективная, неправильная интерпретация клинических данных.

Сопутствующие заболевания — не диагностирована язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии, что не играло роли в танатогенезе. Причина субъективная, недостаточное клиническое обследование (недоучет анамнеза)

Смерть больного в стационаре, в терапевтическом отделении (поступил в плановом порядке по поводу сахарного диабета) через 4 суток после госпитализации.

#### Заключительный клинический диагноз

*Основное заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа. Диабетическая макро- и микроангиопатия, диабетическая нефропатия, ХБП, стадия 3, артериальная гипертензия, диабетическая ретинопатия, (E11.7)

*Осложнения основного заболевания:* НК ШБ....Застойная сердечная недостаточность, отек легких (I50.0).

*Сопутствующие заболевания:* ИБС: постинфарктный кардиосклероз боковой стенки левого желудочка.

#### Патологоанатомический диагноз

*Основное заболевание:* Острый повторный трансмуральный инфаркт миокарда (тип 1) заднебоковой стенки левого и задней стенки правого желудочков (I21.2) (давностью около 1 суток, размеры очага некроза), крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,7 см, правого — 0,3 см). Атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, нестабильная с кровоизлиянием атеросклеротическая бляшка и красный обтурирующий тромб длиной 2 см нисходящей ветви левой артерии, стеноз до 75% устья левой артерии)

*Фоновое заболевание:* Сахарный диабет 2-го типа (глюкоза крови - ..., дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз артерий основания головного мозга до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (ХБП, стадия 3, артериальная гипертензия — клинически) (E11.7)

*Осложнения основного заболевания:* Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (I50.1). Общее венозное полнокровие. Отек легких

#### Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Недостаточность левого желудочка (I50.1)

б) Острый трансмуральный инфаркт миокарда других локализаций (I21.2).

в) —.

г) —.

II. Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями (E11.7)

*Выписка из клинко-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от острого повторного инфаркта миокарда при наличии фонового заболевания — почечной артериальной гипертензии, обусловленной хроническим пиелонефритом, осложнившегося гемотампонадой перикарда.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения — III.

Причина расхождения: субъективная (неправильная трактовка - недоучет данных клинко-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных).

Фоновое заболевание — неверно диагностирован характер артериальной гипертензии.

Причина - субъективная (неправильная трактовка - недоучет данных клинко-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных).

Осложнения, включая смертельное, при жизни также не диагностированы. Причина — также субъективная, неправильная интерпретация клинических данных.

Сопутствующие заболевания – не диагностирована язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии, что не играло роли в танатогенезе. Причина субъективная, недостаточное клиническое обследование (недоучет анамнеза)

Пример 10

Смерть больного в стационаре, в кардиологическом отделении (поступил в экстренном порядке в связи с прогрессирующей сердечной недостаточностью) через 2 суток после госпитализации.

#### **Заключительный клинический диагноз**

*Основное заболевание:* **ИБС: атеросклеротический кардиосклероз (I25.1).**

*Осложнения основного заболевания:* **Острая сердечная недостаточность (I50.1).**

#### **Патологоанатомический диагноз**

*Основное заболевание:* **Двусторонняя очаговая сливная пневмония в VI-X сегментах легких с абсцедированием (бактериологически – *Streptococcus pneumoniae*, дата) (J13.X)**

*Осложнения основного заболевания:* **Острое общее венозное полнокровие. Отек головного мозга (G93.6).**

*Сопутствующие заболевания:* Стенокардия стабильная (клинически ...). Периваскулярный склероз и миофиброз миокарда (гистологически) или диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (гистологически). Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз преимущественно ветвей левой артерии до 50%). Атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

#### *Медицинское свидетельство о смерти*

I. а) Отек головного мозга (G93.6).

б) Пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae* (J13.X)

в) —.

г) —.

II. —.

*Выписка из клинко-анатомического эпикриза:* Смерть больного наступила от двусторонней очаговой сливной стрептококковой пневмонии с абсцедированием, осложнившейся отеком головного мозга.

При сопоставлении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов установлено расхождение.

Категория расхождения – III.

Причина расхождения: субъективная (неправильная трактовка - недоучет данных клинко-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных).

Осложнения, включая смертельное, при жизни диагностированы.

Сопутствующие заболевания – диагностировано, но неверно расценено как основное заболевание.

Замечание к формулировке клинического диагноза: не существует нозологической единицы «атеросклеротический кардиосклероз», следовало указать вид стенокардии, независимо от места ее в структуре диагноза.