

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины**

**И. Ф. ШАЛЫГА, Л. А. МАРТЕМЬЯНОВА,  
С. Ю. ТУРЧЕНКО**

# **ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ. РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ И ИХ АНАЛИЗ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 5, 6 курсов лечебного факультета медицинских вузов,**  
**врачей-стажеров-патологоанатомов и врачей других специальностей**

**Гомель**  
**ГомГМУ**  
**2012**

УДК 616-091-07(072)

ББК 52.511я7

Ш 18

**Рецензент:**

доцент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии  
Гомельского государственного медицинского университета *Е. К. Солодова*;  
заместитель директора по научной работе  
Республиканского научно-практического центра  
радиационной медицины и экологии человека *Э. А. Надыров*

**Шалыга, И. Ф.**

Ш 18 Патологоанатомический диагноз. Расхождения диагнозов и их анализ: учеб.-метод. пособие для студентов 5, 6 курсов лечебного факультета медицинских вузов, врачей-стажеров-патологоанатомов и врачей других специальностей / И. Ф. Шалыга, Л. А. Мартемьянова, С. Ю. Турченко. — Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2012. — 20 с.

ISBN 978-985-506-419-1

Цель учебно-методического пособия — раскрыть на современном уровне вопросы формулировки диагнозов и их структуру, освоить аспекты категории расхождения диагнозов и их причины, а также сущность понятия «ятрогенная патология».

Изложены рекомендации по патологоанатомическому диагнозу, расхождениям диагнозов и их анализу для проведения практических занятий.

Предназначено для студентов 5, 6 курсов лечебного факультета медицинских вузов, врачей-стажеров-патологоанатомов и врачей других специальностей.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 5 марта 2012 г., протокол № 2.

УДК 616-091-07(072)

ББК 52.511я7

ISBN 978-985-506-419-1

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ .....</b>	<b>4</b>
Актуальность темы .....	4
Цели занятия .....	4
Задачи занятия .....	5
Основные учебные вопросы.....	5
Вспомогательные материалы по теме.....	5
Материалы для контроля усвоения темы .....	5
<b>2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ .....</b>	<b>6</b>
Международная классификация болезней. Международная номенклатура болезней.....	6
Диагноз. Структура диагноза .....	7
Основное заболевание. Разновидности основного заболевания.....	10
Осложнения. Определение осложнения .....	14
Сопутствующие заболевания .....	14
Основные понятия: критическое состояние, непосредственная причина смерти, терминальное состояние, механизм смерти.....	15
Расхождения диагнозов. Определение. Виды расхождений диагнозов .....	16
Литература .....	19

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Обобщая статистические данные по результатам работы патологоанатомической службы Республики Беларусь, процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов продолжает оставаться достаточно высоким. Как показывает опыт работы, неблагоприятными предпосылками при формулировке заключительного клинического диагноза являются: недостаточное владение основной и дополнительной терминологией, общепринятыми стандартами, которые необходимо соблюдать при ведении и заполнении медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, медицинская карта амбулаторного больного и др.). И как результат этого — ошибки в процессе формулировки диагноза и значительные разночтения при сличении диагнозов после патологоанатомического вскрытия. Поэтому необходимо особо рассмотреть следующие моменты общей теории диагноза и основных медицинских понятий, таких как:

- 1) основное заболевание;
- 2) основной комбинированный диагноз;
- 3) осложнение основного заболевания;
- 4) сопутствующие заболевания.

Крайне важным является анализ источников диагностических ошибок в клинической практике, правильное понимание таких терминов, как «ОСНОВНАЯ (НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ) ПРИЧИНА СМЕРТИ», «МЕХАНИЗМ СМЕРТИ», которые врачами, работающими непосредственно с пациентами лечебно-профилактических учреждений, часто трактуются шаблонно, что может стать причиной взаимонепонимания как на клинко-патологоанатомических конференциях с последующим выставлением расхождений диагнозов различных категорий и неправильной трактовкой клинко-морфологических аспектов течения заболеваний, их патоморфоза и исходов.

## ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ

Изучить и овладеть важнейшими понятиями, используемыми в практической деятельности врача при анализе летальных исходов: «терминальное состояние», «механизм смерти», «непосредственная причина смерти». Объяснить на конкретных примерах. Подчеркнуть необходимость владения современными принципами построения диагноза. Разбирая примеры построения диагноза, сделать акцент на том, что одна из самых распространенных ошибок — включение в основной диагноз симптомов и синдромов, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), такие, как сердечная, дыхательная недостаточность и др. Необходимо уяснить, что существует большая разница между термином «терминальное состоя-

ние» и «непосредственная причина смерти», которая заключается в возможности коррегировать такое состояние правильными действиями врача. При проведении занятия сформировать тенденцию к объективному подходу к разбору каждого летального случая, что и является главной целью улучшения качества оказания медико-диагностической помощи.

### **ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ**

1. Знать принципы лежащие в основе МКБ-10.
2. Знать составляющие диагноза.
3. Знать виды основного диагноза.
4. Уметь формулировать клинический и патологоанатомический диагноз.
5. Знать принципы сличения клинического и патологоанатомического диагноза.
6. Знать критерии постановки расхождения диагнозов.
7. Знать категории расхождения диагнозов.
8. Овладеть основной терминологией, необходимой для понимания процесса танатогенеза.

### **ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. МКБ-10. Определение. Роль. Цель создания.
2. Основные группы классификаций.
3. МНБ. Цель.
4. Диагноз. Структура диагноза.
5. Виды основного заболевания. Ятрогении.
6. Виды основного комбинированного заболевания.
7. Осложнение. Определение.
8. Сопутствующее заболевание. Определение.
9. Терминальное состояние. Определение. Примеры. Исходы.
10. Непосредственная причина смерти.
11. Механизм смерти. Определение. Примеры.
12. Клинический и патологоанатомический диагнозы. Цель, критерии постановки расхождений.
13. Категории расхождения диагнозов.
14. Основные причины расхождения диагнозов.
15. Виды оценки при сличении диагнозов по важнейшим смертельным осложнениям и ведущим сопутствующим заболеваниям.

### **ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ**

Нормативные документы, регламентирующие деятельность патологоанатомической службы (приказ № 111, положение о контроле качества ГОКПАБ).  
Слайды, таблицы, контролирующие программы.

## **МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

### **МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ. МЕЖДУНАРОДНАЯ НОМЕНКЛАТУРА БОЛЕЗНЕЙ**

Необходимым условием корректной формулировки диагноза является обязательное кодирование основного заболевания в соответствии с требованиями МКБ-10. Для этого важно понимание определения МКБ-10 и ее роли в практической медицине.

МКБ-10 определяется как система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями. Целью МКБ-10 является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных странах или в регионах и в разное время.

МКБ используется для преобразования словесной формулировки диагнозов болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в буквенно-цифровые коды, которые обеспечивают удобство хранения, извлечения и анализа данных.

«Сердцевиной» МКБ-10 является трехзначный код, который служит обязательным уровнем кодирования данных о смертности для международной отчетности и сравнений. Четырехзначные подрубрики, хотя и не являются обязательными для отчетов на международном уровне, составляют неотъемлемую часть МКБ, как и специальные перечни для статистических разработок.

Существуют 2 основные группы классификаций.

Классификации 1-й группы относятся к классификациям, основанным на диагнозе.

Вторая группа классификаций охватывает аспекты, относящиеся к нарушениям здоровья, которые не вписываются в формальные диагнозы известных в настоящее время состояний, а также другие классификации касающиеся медицинской помощи. Эта группа включает классификации инвалидности, медицинских и хирургических процедур и причин обращения в учреждения здравоохранения.

Другой, не менее важной публикацией, связанной с МКБ-10, но не вытекающей из нее, является Международная номенклатура болезней (МНБ). В 1970 г. Совет международных медицинских научных организаций начал подготовку МНБ при содействии организаций-членов.

Главная цель МНБ — дать каждой нозологической единице одно рекомендованное название. Основными критериями выбора этого названия должны быть: специфичность (применимость к одной и только одной болезни), однозначность, чтобы название, насколько это возможно, само указывало на суть болезни, как можно большая простота; кроме того (насколько это воз-

можно) название болезни должно быть основано на ее причине.

По возможности терминологии МНБ было отдано предпочтение при составлении МКБ.

Классификация — это метод обобщения. Статистическая классификация болезней ограничивается определенным числом взаимоисключающих рубрик, которые охватывают всю совокупность патологических состояний. Рубрики выбраны таким образом, чтобы облегчить статистическое изучение болезней. Конкретная болезнь, имеющая особую значимость для здравоохранения или высокую распространенность, представлена отдельной рубрикой, при этом каждая болезнь или патологическое состояние занимают строго определенное место в перечне рубрик.

Таким образом, на протяжении всей классификации предусмотрены рубрики для других и смешанных состояний, которые не могут быть отнесены к каким-либо конкретным рубрикам. Число состояний, отнесенных к смешанным рубрикам, является минимальным. Именно этот элемент группировки отличает статистическую классификацию болезней от номенклатуры болезней, которая имеет отдельное заглавие для каждой известной болезни. Концепция классификации и номенклатуры, тем не менее, тесно связаны, поскольку номенклатура часто бывает организована по системному принципу.

Эффективное и адекватное применение МКБ-10 для кодирования причин летальности неразрывно связано с правильным оформлением заключительного диагноза и врачебного свидетельства о смерти. Только правильно сформулированный диагноз является залогом адекватного оформления и кодирования свидетельства о смерти. В связи с этим необходимо подробнее остановиться на правилах формирования диагноза.

Следует отметить, что правила формирования заключительного клинического диагноза в случаях летальных исходов и патологоанатомического диагноза являются едиными.

## **ДИАГНОЗ. СТРУКТУРА ДИАГНОЗА**

Диагноз (от греч. *diagnosis* — «распознавание») — врачебное заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента.

В медицине выделяют 4 основных вида диагнозов: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский и эпидемиологический.

Построение клинического и патологоанатомического диагнозов основываются на сходных принципах. Для клинического диагноза характерна динамичность, он изменяется по мере изменения состояния больного и бывает предварительным, поэтапным и окончательным. Полноценный клинический диагноз направлен на решение целого ряда определенных задач:

- адекватное, преемственное лечение;
- профилактика и медицинская реабилитация;
- обучение клиническому мышлению и научному анализу вопросов клиники, диагностики, терапии и патоморфозу болезней;
- экспертиза трудоспособности и профессионального отбора;
- проведение своевременных противоэпидемических мероприятий;
- врачебный контроль в спорте и годности к воинской службе;
- экспертиза юридической дееспособности для решения страховых и судебных проблем;
- статистическое изучение заболеваемости и смертности;
- финансирование и правовое обеспечения медицинской помощи.

Заключительный (посмертный) клинический и патологоанатомический диагнозы статичны. В патологоанатомическом диагнозе используется информация о морфологических органных и тканевых изменениях, выявленных на аутопсии. Поэтому патологоанатомический диагноз, будучи по сути клинико-морфологическим, в то же время является более полным и точным и направлен на объективное установление характера, сущности и происхождения патологических процессов, состояний и заболеваний, определение давности и последовательности их возникновения, а также степени развития и связи между ними; определение причины и механизма смерти больного. Это можно отнести к ближайшим функциональным задачам, решению которых способствует правильно составленный патологоанатомический диагноз. К отдаленным функциональным задачам можно отнести уточнение статистики смертности населения в соответствии с требованиями МКБ-10, контроль за качеством клинической диагностики, своевременное проведение противоэпидемиологических мероприятий, анализ вопросов этиологии, патогенеза и патоморфоза заболеваний.

Патологоанатомический и клинический диагнозы строятся на схожих принципах:

1. Нозологичность. *Нозология* — учение о болезни, включающее биологические и медицинские основы болезни, вопросы этиологии, патогенеза, номенклатуры. В соответствии с этим выделяют конкретные болезни (нозологические формы или единицы) — структурно-функциональные повреждения организма, имеющие определенную этиологию, патогенез, типичное сочетание симптомов. *Симптом* — это признак болезни, качественно новый, не свойственный здоровому организму феномен. *Синдром* — устойчивая совокупность симптомов с единым патогенезом. В настоящее время в МКБ-10 входит примерно 20 тыс. нозологий и около 100 тыс. симптомов. Отмечается тенденция об изменении представления о нозологических формах — появление новых болезней как инфекционного (ВИЧ-инфекция, атипичная пневмония), так и неинфекционного характера (кардиомиопатии, пневмониты). Поэтому, в последние десятилетия важным моментом для выбора основного заболевания по нозологическому призна-

ку становится фактор социальной значимости какого-либо заболевания или синдрома. В результате такого подхода некоторые патологические состояния, на протяжении многих лет считавшиеся осложнения (кровоизлияние в головной мозг при артериальной гипертензии), приобрели нозологическую самостоятельность. Необходимо помнить, что в качестве основного заболевания может ставиться лишь тот синдром, который имеет нозологический статус. Например, синдром Гудпасчера.

2. Интранозологичность. В дополнение к нозологии указываются клинико-анатомическая форма (синдром), тип течения, степень активности, стадия, функциональные нарушения. Типовой ошибкой является недостаточное раскрытие особенностей данного конкретного случая, малая информативность диагноза, хотя эта характеристика нередко может иметь принципиальное значение, например, форма воспалительного поражения при простом или флегмонозном аппендиците.

3. Этиологичность. В каждом случае этиология заболевания должна быть верифицирована любыми доступными методами. Частая ошибка - отсутствие указаний на этиологию, а это может иметь принципиальное значение. Например, схемы лечения кандидозной пневмонии отличны от лечения стрептококковой пневмонии.

4. Патогенетичность. Патологические процессы в диагнозе должны записываться в виде последовательной патогенетической цепи (хронический остеомиелит — амилоидоз-почечная недостаточность).

5. Соответствие МКБ-10.

6. Хронологичность. Болезни и патологические процессы необходимо отражать в диагнозе в хронологической последовательности, а не только в патогенетической, т. е. по мере их развития у больного. Отсутствие хронологичности нарушает представление о динамике и взаимосвязи патологических процессов, что существенно затрудняет диагностику основного заболевания.

Структурность диагноза, наличие унифицированных рубрик.

В структуре диагноза выделяют:

- 1) основное заболевание;
- 2) осложнения основного заболевания;
- 3) сопутствующие заболевания.

Одним из важных условий для проведения адекватной и правильной экспертной оценки летальных исходов следует считать общность правильного понимания терминов и критериев, унифицированных и строго объективизированных принципов анализа, которые обеспечивают получение однозначных достоверных данных.

**Диагноз однозначный** — в диагнозе нет слов или выражений «повидимому», «не исключается», «подозрение на...» и т. п., а также знака вопроса.

**Диагноз достоверный** — выявление болезни, синдрома и их осложнения (отмеченные в патологоанатомическом диагнозе) базируются на результатах объективных исследований; анамнестические данные учитываются как ди-

агностическая информация; болезни, синдромы и их осложнения, указанные в медицинских справках, выписках из медицинской карты (истории болезни) стационарного больного, либо других медицинских документов, подписанных врачом (с указанием фамилии врача) и заверенных печатью учреждения и (или) личной печатью врача, учитываются наряду с объективными данными.

**Диагноз динамичный и своевременный** — при плановой и экстренной госпитализации своевременным диагнозом считается тот диагноз, который установлен в течение 3-х дней пребывания в данном стационаре, о чем свидетельствуют записи в дневниках истории болезни и указание даты в соответствующей графе на лицевой стороне медицинской карты стационарного больного. На 10-й день стационарного обследования и лечения больного оформляется полный клинический диагноз.

**Диагноз полный (развернутый)** — заключительный диагноз, вынесенный на лицевую сторону истории болезни, должен быть сформулирован в соответствии с общепринятой классификацией МКБ и иметь рубрики: основное заболевание (простое или комбинированное), осложнения, сопутствующие заболевания и их осложнения (если они диагностированы).

Кроме вышеперечисленного, при составлении диагноза необходимо руководствоваться деонтологичностью и учитывать индивидуально-личностные характеристики больного.

## **ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ. РАЗНОВИДНОСТИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Основным** называют заболевание, которое само по себе или через свои осложнения привело пациента к неблагоприятному исходу (хронизация процесса, инвалидизация, летальный исход).

Основным заболеванием может являться только нозологическая единица, либо синдром, приравненный к нозологии.

Одна из самых распространенных ошибок — включение в основной диагноз симптомов и синдромов, сопровождающих наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная, дыхательная недостаточность и др.

В качестве основного заболевания могут выступать и лечебно-диагностические мероприятия, если они проведены технически неправильно, необоснованно и привели к смерти больного. Они носят название ятрогении (ятрогенная патология). **Ятрогения («порожденное врачом»)** — это патологический процесс, который связан с медицинским фактором (медицинский фактор — это мероприятия и (или) госпитальная среда, влияющие на организм при выполнении профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и других медицинских манипуляций), любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических вмешательств, либо процедур, которые приводят к нарушению функции организма, ограничению при-

вычной деятельности, инвалидизации и смерти.

Выделяют 2 основные группы ятрогений:

*1. Процессы, возникающие вследствие адекватных диагностических и лечебных вмешательств;*

*2. Процессы, возникающие вследствие неадекватных медицинских вмешательств (не показанных или не правильно выполненных).*

Классификация ятрогений:

Ятрогении, связанные с:

— медикаментозными методами лечения. Эта группа ятрогенных осложнений широко распространена в лечебной практике, хотя регистрируется достаточно редко. Осложнения лекарственных методов лечения делят на аллергические процессы немедленного и замедленного типов и токсические осложнения, обусловленные абсолютной или относительной передозировкой лекарств и особенностями фармакокинетики, нарушения иммунобиологических свойств организма. Синдромы отмены после введения кортикостероидов, инсулина, антикоагулянтов и другие, связанные со специфическим побочным действием фармакологических препаратов. Наиболее тяжелая аллергическая реакция организма, возникающая на введение медикаментозных препаратов — анафилактический шок.

2. Ятрогении, связанные с хирургическими методами лечения.

В эту группу ятрогений, кроме оперативных вмешательств на различных органах и системах, следует относить осложнения наркоза: нарушение техники введения интубационной трубки; неадекватная премедикация.

3. Ятрогении, связанные с методами реанимации и интенсивной терапии. Эту группу составляют осложнения множества разнообразных манипуляций, направленных на поддержание жизненно важных функций организма. Осложнения сердечной реанимации при проведении массажа сердца, дефибрилляции и пр.

— Осложнения при катетеризации магистральных вен.

— Осложнения легочной реанимации: ИВЛ, трахеостомия.

— Осложнения трансфузионной терапии при трансфузии крови и ее компонентов, плазмозаменителей и др.

4. Ятрогении, связанные с физическими методами лечения.

К этой группе относят осложнения лучевого лечения, физиотерапевтических методов и тепловых процедур.

5. Ятрогении, связанные с диагностическими манипуляциями.

В эту группу входят ятрогении, связанные с диагностическими методами и представлены осложнениями эндоскопических манипуляций, ангиографий и других рентгеноконтрастных методов исследования, пункционных биопсий.

6. Ятрогении, связанные с профилактическими мероприятиями.

К ним можно отнести как осложнения, возникающие вследствие проведения профилактических процедур, так и осложнения, наступающие вследствие нарушения профилактического эпидемического режима —

внутрибольничные инфекции. В этой группе самые распространенные осложнения связаны с введением вакцин и сывороток и развитие внутрибольничных инфекций микробного происхождения.

Е. С. Беликов выделяет следующую оценку ятрогений:

1. Несчастный случай в медицинской практике — это событие, вызванное действием неожиданных факторов, предотвращение которых было невозможным.

2. Реализованный риск — это событие, вызванное действием вероятностных факторов, предотвращение наступления которых было невозможным.

3. Медицинская ошибка — это неправильное профессиональное мышление и действия медицинских работников при выполнении служебных обязанностей; медицинские ошибки бывают в форме заблуждения, упущения и небрежности.

— *заблуждение* — это ложное мнение, которое определило неадекватное действие;

— *упущение* — это не сделанное во время мероприятия, которое определило вероятность развития патологического процесса;

— *небрежность* — это некачественно выполненная работа, вызвавшая патологический процесс.

### **Разновидности основного комбинированного диагноза**

**ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ** может быть «простым», когда в качестве основного заболевания выставляется одна какая-то нозология (монокаузальный диагноз) или **комбинированным**.

Существуют 3 формы **основного комбинированного диагноза**, когда выставляются:

- 1) основное и фоновое заболевания;
- 2) сочетанные заболевания;
- 3) конкурирующие заболевания.

В последние десятилетия на вопросы формирования диагноза большее влияние стали оказывать социальные факторы, появился своеобразный социальный заказ, отраженный в МКБ и МНБ, сформированы новые нозологические единицы, имеющие яркую социальную окраску, такие, как ИБС и цереброваскулярные заболевания. В настоящее время принято всегда выставлять в качестве основных заболеваний, цереброваскулярные заболевания, в связи с особой социальной значимостью данных страданий, а также тем, что они являются ведущими причинами смерти населения.

**Фоновым** называют заболевание, которое способствует развитию, утяжелению течения и возникновению смертельных осложнений основного заболевания.

При этом диагноз даже «усиливается», т. к. в разделе основного заболевания фигурируют и основная (непосредственная) причина смерти и нозологическая форма, которая этому способствовала.

В этой же связи необходимо упомянуть и еще о нескольких важных мо-

ментах. Очень часто в качестве фоновых заболеваний фигурируют эссенциальная артериальная гипертензия и сахарный диабет. При применении МКБ-10 в неврологической практике при случаях смерти от цереброваскулярных болезней необходимо применять двойное факультативное кодирование в случаях наличия в качестве фонового заболевания эссенциальной гипертензии.

Например:

1. Основное: внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга.
2. Фоновое: эссенциальная артериальная гипертензия, стадия органических изменений.

**Сочетанные заболевания** — это заболевания, каждое из которых в отдельности не могло привести больного к неблагоприятному исходу (смерти), но сочетаясь, они приводят к летальному исходу.

Например, в практике нередко случаи, когда больные пожилого возраста при лечении переломов нижних конечностей, будучи на скелетном вытяжении, умирают от гипостатической пневмонии.

Как правило, у этих пациентов имеются компенсированные или субкомпенсированные явления хронической недостаточности кровообращения, которые сами по себе к смерти привести не могут. Однако при застойных явлениях в легких, вследствие гиподинамии и вынужденного положения, связанного с переломом происходит формирование порочного круга, сопровождающегося развитием каскада патологических реакций заканчивающихся, к сожалению, летальным исходом.

В данном случае диагноз формулируется следующим образом:

Например:

— **основной комбинированный диагноз, сочетанные заболевания:**

1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (указывается локализация рубца).
2. Закрытый медиальный перелом шейки правого бедра.

Осложнение: хроническая недостаточность кровообращения (морфологические проявления). Гипостатическая пневмония и т. д.

**Важно отметить, что при данной формулировке совершенно неважно какое из заболеваний стоит 1-м, а какое 2-м, т. к. оба они основные.**

**Конкурирующие заболевания** — это заболевания, каждое из которых может привести больного к неблагоприятному исходу. В данном случае — одно идет в рубрике как бы «основного», и выставляется 1-м, а другое — «конкурирующего» и выставляется на 2-м месте среди конкурирующих заболеваний в случае, если возможна такая градация.

Например:

1. Основной: внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга (I 61.3).
2. Конкурирующий: аденокарцинома желудка с метастазами в печень и яичники.

**Если нет возможности расстановки конкурирующих заболеваний в порядке, определяемом по признаку наибольшей вероятности смер-**

тельного исхода, то совершенно неважно, какая из нозологий указана 1-й, а какая 2-й.

Например:

— **основной комбинированный диагноз, конкурирующие заболевания:**

1. ИБС: Острый трансмуральный циркулярный инфаркт миокарда.
2. Внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга.

При постановке диагноза необходимо помнить о наличии «вторых» болезней — патологических процессов, которые в определенных условиях приобретают нозологическую самостоятельность. Они могут быть естественно возникшими и ятрогенными. Естественно-возникающие делят на 2 подгруппы: 1) метакронный процесс — возникающий последовательно после излеченной, закончившейся исходной болезни; 2) паракронный процесс — развившийся на фоне текущего исходного заболевания. Примером может служить развившаяся спаечная болезнь после аппендэктомии по поводу аппендицита. Указывая в диагнозе новую нозологическую единицу, необходимо помнить и отмечать предшествующее заболевание.

## ОСЛОЖЕНЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнением называются патологические процессы, которые не могут возникнуть самостоятельно и патогенетически тесно связаны с основным заболеванием, а также те осложнения, которые наступили после обоснованно и правильно проведенных лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций по поводу основного заболевания. Если имели место неправильно проведенные лечебно-диагностические мероприятия, которые сыграли существенную роль в танатогенезе, то необходимо говорить о ятрогении, а не об осложнении. При написании графы «Осложнения основного заболевания» в протоколе патологоанатомического исследования выявленные на аутопсии осложнения, предпочтительнее вносить с соблюдением этиопатогенетических и «исторических» принципов построения диагноза.

Например:

— **основное заболевание:** внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга.

— **осложнение:** отек и набухание вещества головного мозга.

Еще пример:

— **основное заболевание:** острый гангренозный аппендицит, операция аппендэктомия от 13.01.12 г.

— **осложнение:** разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

## СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сопутствующими заболеваниями называются нозологические формы,

которые не имеют этиологической или патогенетической связи с основным заболеванием и не сыграли существенной роли в генезе смерти.

Например:

— **основное заболевание:** внутримозговое кровоизлияние в ствол головного мозга.

— **осложнение:** отек и набухание вещества головного мозга.

— **сопутствующее заболевание:** хронический диффузный деформирующий бронхит.

## **ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ: КРИТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ, ТЕРМИНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, МЕХАНИЗМ СМЕРТИ**

К сожалению, даже опытные клиницисты порой допускают неверную трактовку этих важных понятий. В результате могут появиться ошибки при выписке врачебного свидетельства о смерти, неверная трактовка танатогенеза и как следствие — снижение качества лечебно-диагностического процесса.

Кроме того, неверная интерпретация терминов «Основное заболевание» и «Непосредственная причина смерти», «Механизм смерти» может послужить почвой для конфликтов, могущих привести к длительным и обременительным судебным тяжбам.

**Критическое состояние.** Под критическим состоянием понимают состояние больного, при котором расстройства деятельности отдельных систем и органов не могут спонтанно корригироваться путем саморегуляции и требуют частичной или полной специальной коррекции. Критическое состояние в танатологическом плане определяется основным заболеванием или его осложнением. Примерами критического состояния является шок, различные виды эмболий, перитонит, сепсис и т. д. Критическое состояние еще может быть подвергнуто коррекции.

**Непосредственная причина смерти.** Под непосредственной причиной смерти подразумевают патологическую реакцию, процесс, синдром, нозологическую единицу, которые приводят к **необратимой** (некорректируемой) дисфункции одного из жизненно важных органов (легких, сердца или головного мозга) и развитию терминального состояния, завершающегося наступлением момента клинической или биологической смерти. Иногда основная причина смерти совпадает с непосредственной. При наличии у больного 2-х и более равнотяжелых патологических процессов (полипатия) и затруднении определить, какое именно заболевание сыграло роль в танатогенезе, основным заболеванием считается та нозологическая единица, течение и исход которой с наибольшей вероятностью послужили причиной смерти. Примером непосредственной причины смерти может быть шок и его последствия, кровопотеря, пневмония, перитонит, эмболия и т. д.

**Терминальное состояние.** Под терминальным состоянием подразумевают синдром, в основе которого находится совокупность взаимосвязанных патологических процессов финала премортального периода, запускаемых критическим состоянием, вызывающих несостоятельность жизненно важных органов и приводящих к наступлению момента клинической или биологической смерти. Известно, что смерть возникает тогда, когда прекращается деятельность одного из 3-х жизненно важных органов (сердца, легких, головного мозга). Поэтому следует рассматривать, соответственно, сердечный, легочный, мозговой и смешанные типы терминальных состояний.

**Механизм смерти.** Механизм смерти — это совокупность взаимосвязанных патологических процессов, характеризующих тип терминального состояния и приводящих к наступлению момента клинической или биологической смерти.

## **РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ. ВИДЫ РАСХОЖДЕНИЙ ДИАГНОЗОВ**

Следует остановиться на таком понятии как расхождение диагнозов, которое может выявиться при сличении клинического и патологоанатомического диагноза.

В каждом лечебном учреждении обязательно проводится сличение клинических и патологоанатомических диагнозов. Это позволяет оценивать качество диагностики в клинических и поликлинических отделениях независимо от мнения и влияния медицинской администрации лечебно-профилактических учреждений, а также способствует комплексному профессиональному разбору случаев расхождения диагнозов на внутрибольничных форумах и облегчает экспертную оценку последних.

**Целью сличения является установление:**

- что из имевшейся у умершего патологии не было распознано при жизни;
- что из имевшейся у умершего патологии было распознано при жизни несвоевременно;
- какую роль сыграли дефекты прижизненной диагностики в смертельном исходе заболевания.

Сличению подлежат все разделы клинического и патологоанатомического диагнозов: основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания и их осложнения. Эти разделы диагнозов должны быть четко выделены и не иметь различных толкований.

Сличается клинический заключительный диагноз, вынесенный на титульный лист карты стационарного больного или четко сформулированный диагноз в амбулаторной карте, если лечение проводилось на дому. Без даты установления диагноз не может считаться полноценным.

Если заключительный диагноз (клинический) установлен посмертно, а не в процессе обследования и лечения больного и не совпадает с прижиз-

ненно установленным диагнозом, то для сличения берется последний (предшествующий смерти больного) клинический диагноз.

Сличению подлежит окончательный патологоанатомический диагноз, вписанный в карту стационарного или амбулаторного больного патологоанатомом.

**При сличении диагнозов по основному заболеванию устанавливаются следующие виды оценок:**

а) совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов при своевременной диагностике основного заболевания;

б) совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов при запоздалой диагностике основного заболевания. Запоздалой диагностикой в данном лечебном учреждении считается установление правильного диагноза на том этапе заболевания, когда лечебное мероприятие не успевает оказать должное действие и оказывается неэффективно;

в) расхождение основного клинического и патологоанатомического диагнозов.

**Расхождение диагнозов устанавливается в случаях если:**

1) неправильно диагностирована нозологическая форма основного заболевания, его этиология или локализация;

2) не распознано одно из заболеваний, составляющее основное комбинированное заболевание;

3) основное заболевание записано в клиническом диагнозе в разделе «сопутствующие заболевания», в связи с чем основные лечебные мероприятия были направлены на лечение другого заболевания, ошибочно трактовавшегося как основное заболевание;

4) заключительный клинический диагноз установлен посмертно, а не в процессе обследования и лечения больного.

После установления факта расхождения диагнозов по основному заболеванию необходимо указать причину и определить категорию расхождения.

**Выделяют следующие категории расхождения диагнозов основного заболевания:**

К I категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей (коматозное состояние больного, кратковременность его пребывания, смерть в приемном отделении и т. д.). Расхождения диагнозов I категории должны быть отнесены к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки (на предыдущем этапе лечения) и имели объективные возможности правильной диагностики.

2. Ко II категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, при этом следует учитывать, что правильная диагностика необязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, однако правильный диагноз мог и должен быть поставлен.

3. К III категории следует относить случаи, при которых неправильная

диагностика повлекла за собой ошибочную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

**В качестве основных причин расхождения диагнозов следует учитывать:**

- а) недостаточность обследования больного;
- б) объективные трудности исследования (тяжелое, бессознательное состояние больного, кратковременность пребывания в стационаре);
- в) недоучет клинических данных;
- г) недоучет анамнестических данных;
- д) недоучет лабораторных и рентгенологических данных;
- е) переоценка лабораторных и рентгенологических данных;
- ж) переоценка диагноза консультантов;
- з) неправильное оформление и построение диагноза;
- и) прочие причины.

Наряду с оценкой случая по основному заболеванию следует проводить **сличение диагнозов по важнейшим смертельным осложнениям и ведущим сопутствующим заболеваниям**, при этом могут иметь место 4 вида оценки:

- 1) своевременное распознаение;
- 2) совпадение диагнозов при запоздалой диагностике;
- 3) отсутствие распознаения;
- 4) избыточное диагностирование (гипердиагностика).

Следует помнить, что сличение клинического и патологоанатомического диагноза проводится для совершенствования работы как конкретного врача или врачебного коллектива, так и в целях совершенствования работы учреждения в целом. Поэтому следует подходить к вопросам сличения диагнозов и оценки причин расхождения предельно объективно и ответственно. За исполнение данной части лечебно-диагностического процесса отвечает клинико-патологоанатомическая конференция. Клинико-патологоанатомические конференции имеют своей задачей всесторонний и объективный анализ клинических и секционных материалов с обращением особого внимания на причины и источники ошибок в сроках организации помощи, диагностики и лечении больных. На клинико-патологоанатомических конференциях подлежат изучению случаи, представляющие научный или практический интерес. Также это относится и к материалу, удаленному при хирургических вмешательствах. Обсуждаются все случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза, случаи смерти пациентов на операционном столе или вследствие иного врачебного вмешательства; все случаи смерти от аппендицита, пневмонии как основного заболевания, кишечные инфекции; случаи, оставшиеся неясными после секции. Разбору на конференциях подлежат случаи запоздалого диагноза основного заболевания, осложнений основного заболевания, имевших значение для смертельного исхода; дефекты медицинской документации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Струков, А. И. Патологическая анатомия / А. И. Струков, В. В. Серов. — М., 1993.
2. Рыков, В. А. Справочник патологоанатома / В. А. Рыков. — Ростов н/Д, 1994.
3. Лекции по патологической анатомии: учеб. пособие / Е. Д. Черствый [и др.]. — Минск, 2006. — 464 с.
4. Автандилов, Г. П. Основы патологоанатомической практики / Г. П. Автандилов. — М., 1994. — 511 с.
5. Пальцев, М. А., Аничков И. М. — М.: Медицина, 2001. — 725 с.
6. Приказ № 111 МЗ РБ «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы».

Учебное издание

**Шалыга Игорь Федорович**  
**Мартемьянова Людмила Александровна**  
**Турченко Сергей Юрьевич**

**ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.  
РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ И ИХ АНАЛИЗ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 5, 6 курсов лечебного факультета медицинских вузов,**  
**врачей-стажеров-патологоанатомов и врачей других специальностей**

**Редактор *О. В. Кухарева***  
**Компьютерная верстка *С. Н. Козлович***

Подписано в печать 19.06.2012.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 65 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Таймс».  
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,27. Тираж 70 экз. Заказ 198.

Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»  
ЛИ № 02330/0549419 от 08.04.2009.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.