

СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов - одна из форм контроля за качеством диагностической и лечебной работы, важный способ воздействия на организацию медицинской помощи, возможность постоянного повышения квалификации врачей.

1. Сопоставление проводится по трем рубрикам, которые должны содержать заключительный клинический и окончательный патологоанатомический диагнозы: а) основное заболевание; б) осложнения; в) сопутствующие заболевания. В основе сличения лежит нозологический принцип.

Основное заболевание ("первоначальная причина смерти" по МКБ-10) - болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти.

Осложнения - патологические процессы и синдромы, патогенетически связанные с основным заболеванием, существенно утяжеляющие течение болезни и способствующие наступлению смерти.

Сопутствующее заболевание - нозологическая единица, синдром, этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием, не оказывающие влияния на его течение.

Клинический и патологоанатомический диагнозы должны отражать этиологию и патогенез заболевания, логически обоснованную временную последовательность изменений, интранозологическую характеристику (тип течения, степень активности, стадию). При формулировках используются современные термины и классификационные схемы, а кодирование осуществляется в соответствии с рубриками МКБ-10. Срок установления клинического диагноза отражается на титульном листе и в эпикризе истории болезни. Диагноз должен быть по возможности полным, включать весь комплекс патологических изменений, в том числе вызванных медицинскими воздействиями, быть не формальным, а "диагнозом конкретного больного".

2. Основной клинический и патологоанатомический диагнозы могут включать одну или более нозологических единиц. В последнем случае диагноз называют комбинированным и при его формулировании выделяют:

- конкурирующие заболевания - два или более заболеваний, каждое из которых само по себе могло привести к смерти;

- сочетанные заболевания - не смертельные сами по себе, но в сочетании, развиваясь одновременно, утяжеляющие течение болезни и приводящие к смертельному исходу;

- фоновые заболевания - нозологические единицы, сыгравшие существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного за-

болевания и способствовавшие возникновению тяжелых, порой смертельных, осложнений.

3. В соответствии с требованиями МКБ и других нормативных документов в качестве основного заболевания в диагнозе могут быть представлены отдельные синдромы и осложнения. Речь идет, главным образом, о цереброваскулярной болезни (ЦВБ) и ишемической болезни сердца (ИБС) ввиду их особой частоты и социальной значимости как важнейшей причины инвалидизации и смертности населения (при этом гипертоническая болезнь и атеросклероз не должны исчезать из диагноза). Вышеизложенное относится также и к случаям ятрогений III категории.

4. Сопоставление клинических и патологоанатомических диагнозов, как правило, независимо от сроков пребывания в ЛПУ, должно производиться совместно патологоанатомом и лечащим врачом, для чего присутствие последнего на вскрытии обязательно. Итогом сопоставления диагнозов должна быть констатация следующих фактов:

- совпадают или не совпадают основные клинический и патологоанатомический диагнозы. При несовпадении отмечается расхождение диагнозов по основному заболеванию;

- совпадают или не совпадают диагнозы в рубриках "фоновые заболевания", "осложнения" и "сопутствующие заболевания". Отмечаются расхождения диагнозов по этим рубрикам.

В раздел расхождений по основному заболеванию включаются следующие варианты:

- 1) Расхождение диагнозов по нозологическому принципу, по этиологии процесса, по локализации поражения (в том числе и при отсутствии в клиническом диагнозе указаний на топику процесса).

- 2) Нераспознавание одного из заболеваний, входящих в состав комбинированного диагноза.

- 3) Подмена нозологической формы синдромом, осложнением (кроме ЦВБ и ИБС).

- 4) Неправильное оформление клинического диагноза (несоблюдение этиопатогенетического принципа, отсутствие рубрикации, оценка осложнения в качестве основного заболевания или основного заболевания в виде сопутствующего процесса).

- 5) Нераспознавание при жизни ятрогений III категории. Результаты сопоставления диагнозов заносятся патологоанатомом в клинико-патоло-

гоанатомический эпикриз, доводятся до сведения лечащего врача и обсуждаются коллегиально на заседаниях клинко-анатомической конференции, врачебной комиссии и комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ).

5. Установив факт расхождения диагнозов по основному заболеванию, следует определить категорию расхождения.

К I категории относят случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном ЛПУ установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного, кратковременности пребывания больного в данном учреждении и других объективных трудностей.

Ко II категории относят случаи, при которых заболевание в данном учреждении не было распознано в связи с недостатками в обследовании больного; 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.

К III категории относят случаи, когда неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Только II и III категории расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов имеют непосредственное отношение к ЛПУ, где умер больной. I категория расхождения диагнозов относится к тем ЛПУ, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки его заболевания и до госпитализации в ЛПУ, в котором больной умер. Обсуждение этой группы расхождений диагнозов должно быть либо перенесено в эти учреждения, либо врачебный персонал последних должен присутствовать на конференции в ЛПУ, где умер больной.

После сопоставления основных диагнозов проводится сравнение по важнейшим осложнениям и сопутствующим заболеваниям. При недиагностировании важнейших осложнений случаев следует трактовать именно как расхождение диагнозов по этому разделу, а не как констатацию нераспознанного осложнения при совпадении диагноза основного заболевания.

6. Немаловажное значение в оценке уровня диагностики имеет временной фактор. Поэтому целесообразно, наряду со сравнением диагнозов, уточнять - был ли основной клинический диагноз своевременным или нет, своевременно или с опозданием были диагностированы осложнения, повлияла ли запоздалая диагностика на исход за-

болевания. Кратковременным пребыванием больного в стационаре условно считают срок менее 24 часов (для urgentных больных - срок сокращается и индивидуализируется).

7. Определение категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов обязательно должно сопровождаться выявлением причин расхождения, нередко - дефектов в работе лечащего врача.

Причины расхождений диагнозов подразделяют на 2 большие группы: объективные и субъективные. К объективным причинам относят случаи, когда диагноз установить было невозможно (кратковременность пребывания больного в стационаре, тяжесть его состояния, атипичность течения болезни и т.д.). К субъективным причинам относят дефекты в обследовании больного, недостаточный опыт врача, неправильную оценку результатов лабораторных и пр. исследований.

8. Окончательное суждение о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, его причинах принадлежит КИЛИ и врачебной комиссии. При этом обсуждению подвергается диагноз не только клинициста, но и патологоанатома, т.к. объективные и субъективные ошибки диагностики могут быть допущены и при проведении патоморфологического исследования. В данном случае к причинам объективных ошибок относятся невозможность проведения полного детального вскрытия, отсутствие возможности произвести в необходимом объеме микроскопическое исследование секционного материала и других анализов - бактериологического, биохимического и т.д. К субъективным причинам ошибок относят недостаточную квалификацию прозектора, неправильную трактовку морфологических признаков, технически неграмотное или неполное вскрытие, отсутствие необходимых дополнительных исследований (микроскопических, бактериологических, вирусологических, биохимических) в условиях, когда они доступны для выполнения. Сюда же включают недоучет клинических данных, нежелание консультироваться с более опытным специалистом, стремление "подогнать" патологоанатомический диагноз к клиническому.

В спорных ситуациях, когда мнения клиницистов и патологоанатомов не совпадают, и после разбора случая на КИЛИ и врачебной комиссии официально принимается точка зрения патологоанатомов. Для дальнейшего обсуждения материалы могут передаваться главным и ведущим специалистам соответствующего профиля.