

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-2-4-10>

• Received: 02.02.2019 • Accepted: 09.04.2019

**Для цитирования:** Кактурский Л. В., Зайратьянц О. В. Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи. *Судебная медицина*. 2019;5(2):4-10.

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-2-4-10>.

**For reference:** Kakturskiy L. V., Zayratyants O. V. Clinical and anatomical comparisons in assessing the quality of medical care. *Sudebnaya meditsina=Russian Journal of Forensic Medicine*. 2019;5(2):4-10. (In Russ.)

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-2-4-10>.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях:** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы благодарны анонимным рецензентам за полезные замечания. Конфликт интересов отсутствует.

**Declaration of financial and other relationships:** The study had no sponsorship. Authors are solely responsible for submitting the final manuscript to print. All authors participated in the development of the concept of the article and the writing of the manuscript. The final version of the manuscript was approved by all authors. The authors are grateful to anonymous reviewers for helpful comments. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

## КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© Л. В. Кактурский<sup>1\*</sup>, О. В. Зайратьянц<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБНУ «НИИ морфологии человека», Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

**Цель исследования:** На основании обзора отечественных и зарубежных публикаций изучить методические, организационные и нормативные проблемы сопоставления заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов в Российской Федерации.

**Аннотация:** Клинико-анатомические сопоставления остаются важнейшей функцией контроля качества лечебно-диагностической работы. Случаи расхождения диагнозов должны быть предметом профессионального обсуждения в медицинском сообществе с принятием должных административных мер по устранению недостатков в оказании медицинской помощи. В настоящее время в должной мере отсутствует нормативно-правовое регулирование вопроса сопоставления клинического и патолого-анатомического диагнозов. Это порождает наличие многих проблем, в числе которых субъективизм патологоанатома в трактовке действий врача-клинициста, перманентная угроза уголовной ответственности медицинских работников за ошибочный диагноз. Штрафные санкции за расхождения диагнозов, введенные Фондом обязательного медицинского страхования, ведут к искусственному занижению показателей расхождения диагнозов в медицинских организациях и к неверному статистическому учету. Недоучет роли коморбидных заболеваний и отсутствие четких норм их использования в диагнозе создают трудности правильной оценки танатогенеза заболевания, ограничивают возможность анализа заболеваемости и смертности по множественным причинам и влекут за собой потерю части имеющейся информации.

**Ключевые слова:** сопоставление диагнозов, ошибки диагностики, расхождение диагнозов

## CLINICAL AND ANATOMICAL COMPARISONS IN ASSESSING THE QUALITY OF MEDICAL CARE

© L. V. Kakturskiy<sup>1\*</sup>, O. V. Zayratyants<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Research Institute of Human Morphology, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation

**Purpose of research:** To study methodological, organizational and normative problems of comparison of final clinical and pathological-anatomical diagnoses in the Russian Federation on the basis of a review of domestic and foreign publications.

**Abstract:** Clinical and anatomical comparisons remain the most important function of quality control of medical and diagnostic work. Cases of divergence of diagnoses should be the subject of professional discussion in the medical community with the adoption of appropriate administrative measures to address deficiencies in the provision of medical care. Currently, there is no adequate regulatory regulation of the issue of comparison of clinical and pathological-anatomical diagnoses. This gives rise to many problems, including the subjectivism of the pathologist in the interpretation of the actions of the clinician, the permanent threat of criminal liability of medical workers for misdiagnosis. Penalties for discrepancies in diagnoses imposed by the Compulsory Health Insurance Fund lead to an artificial underestimation of the divergence of diagnoses in medical organizations and to incorrect statistical accounting. The underestimation of the role of comorbid diseases and the lack of clear norms of their use in the diagnosis create difficulties in the correct assessment of the disease tanatogenesis, limits the analysis of morbidity and mortality for multiple reasons and entails the loss of some of the available information.

**Keywords:** comparison of diagnoses, diagnostic errors, discrepancy of diagnoses

**КАКТУРСКИЙ Лев Владимирович** – д.м.н., проф., научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека», член-корр. РАН, президент Российского общества патологоанатомов [Lev V. Kakturskiy, Dr. Sci. (Med.), Prof., corr. member RAS, president of the Russian Society of Pathologists; main place of work: Research Institute of Human Morphology, 3 Tsurupy st., Moscow, 117418, Russian Federation] • 117418, г. Москва, ул. Цюрупы, д. 3 • {ORCID: 0000-0001-7896-2080}

Клинико-анатомические сопоставления востребованы медициной с давних времен, имеют долгую историю и формально берут свое начало со Средневековья – с классических трудов великого итальянского врача Джованни-Баттисты Морганьи (Giovanni-Battista Morgagni, 1682–1771). Он впервые описал изменения, наблюдаемые при вскрытии трупов людей, умерших от различных болезней; эти наблюдения позволили распознавать болезни на основании результатов посмертного исследования трупов и сравнивать прижизненные признаки с посмертными изменениями.

В развитии клинико-анатомического направления в России велика заслуга отечественных патологоанатомов – Алексея Ивановича Полунина, Михаила Никифоровича Никифорова, Михаила Матвеевича Руднева, Алексея Ивановича Абрикосова, Ипполита Васильевича Давыдовского, Михаила Александровича Скворцова и др. За рубежом это направление также получило свое развитие. Справедливости ради надо отметить, что первые клинико-анатомические конференции в мире со сличением диагнозов стали проводиться с 1900 года в Массачусетском госпитале (США).

Огромный вклад в развитие клинико-анатомического направления в медицине внес великий отечественный хирург Николай Иванович Пирогов. Он был создателем новой формы анализа врачебных ошибок в отечественной медицине. Одними из первых его последователей стали известные клиницисты Сергей Петрович Боткин, Григорий Антонович Захарьин, Алексей Александрович Остроумов.

Наибольший вклад в развитие клинико-анатомического направления в нашей стране внес И. В. Давыдовский, который сформулировал и обосновал основные понятия и положения, на которых, в сущности, зиждется и сегодня клинико-анатомический анализ. Он одним из первых в России поднял на принципиальных позициях и глубоко разработал сложный, зачастую нелицеприятный вопрос о врачебных ошибках и расхождениях диагнозов. Он сформулировал важнейшие постулаты, которым патологоанатомы следуют по сей день. Согласно этим постулатам, патологоанатом при разборе дефектов диагностики ни в коем случае не имеет права становиться судьей, а всегда должен оставаться врачом. Процент расхождений диагнозов не должен, по мнению Ипполита Васильевича, быть основным показателем в оценке работы больницы. С сожалением следует констатировать, что эти призывы зачастую остаются не услышанными, а потому актуальны и на сегодняшний день.

Если посмотреть на существующую в настоящий момент структуру патологоанатомических и судебно-медицинских вскрытий в России, то около 40 процентов от числа умерших осуществляют судебные медики и около 20 процентов – патологоанатомы, а более 40 процентов умерших выдаются на захоронение вообще без вскрытия. Львиная доля патологоанатомических вскрытий приходится на умерших в стационарах – 60 процентов, а из числа умерших на дому вскрытию подвергаются около 15 процентов. А если учесть, что в России, в отличие от развитых стран, подавляющее большинство больных умирает не в больницах, а дома (около 80 процентов), то понятно высокое число умерших, выдаваемых без вскрытия. В Москве ситуация несколько лучше. Здесь доля патологоанатомических вскрытий от общего числа умерших доходит до 60 процентов, а без вскрытия выдается около 20 процентов умерших.

Если посмотреть на общий мировой тренд, касающийся патологоанатомических вскрытий, то в большинстве высокоразвитых странах процент вскрытий неуклонно падает с каждым годом. Так, в США он сократился с 17 процентов в 1972 году до 4 процентов в 2016 году. При этом отмечается рост судебно-медицинских вскрытий за счет патологоанатомических, составляющий более 10 процентов за пятилетие. Похожая тенденция отмечается в других высокоразвитых странах. Причины этого разные. Среди них немаловажен экономический фактор. Стоимость судебно-медицинских вскрытий колеблется в разных странах от нескольких сотен до двух тысяч долларов [1]. В связи с этим на повестку дня выдвигается вопрос о производстве так называемых виртуальных аутопсий (виртопсий), то есть об использовании современных средств лучевой диагностики для посмертного исследования трупа без производства его секции [2]. И все-таки точность посмертной диагностики на основе виртопсий значительно уступает точности классического аутопсийного исследования, и поэтому стремление к отказу от вскрытий представляется преждевременным [3, 4].

В конце мая – начале июня 2019 года в Самаре состоялся XI Пленум Российского общества патологоанатомов (РОП), посвященный вопросам клинических, патологоанатомических и юридических аспектов ятрогений, врачебных ошибок и расхождений диагнозов. На Пленуме разбирались вопросы, непосредственно касающиеся темы настоящей статьи. Одним из таких вопросов был вопрос о патологоанатомической экспертизе. Традиционно было принято считать, что сличение клинического и патологоанатомического диагнозов с выявлением расхождений диагнозов и дефектов медицинской помощи является одной из важных форм патологоанатомической экспертизы. Однако патологоанатомическая экспертиза нигде не прописана в нормативных документах. В России экспертами в здравоохранении официально являются эксперты в системе обязательного медицинского страхования и врачи, прошедшие обучение и получившие сертификат эксперта. Отсутствие сертификата эксперта и административное подчинение врача-патологоанатома руководству медицинского учреждения исключают у него функцию эксперта. В статье 67 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», посвященной патологоанатомическим вскрытиям, нет упоминания об экспертной функции патологоанатомического вскрытия [5]. В связи с этим XI Пленум РОП постановил в своей резолюции считать вопрос о патологоанатомической экспертизе закрытым и прекратить дискуссии по данному вопросу.

Вместе с тем сопоставление посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов по результатам вскрытия продолжает оставаться важнейшей функцией контроля качества лечебно-диагностической работы со стороны структур патологоанатомической службы. Отсутствие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по результатам вскрытия отнесено приказом Минздрава России от 15.08.2017 № 203н в перечень критериев оценки качества медицинской помощи.

Накануне XI Пленума РОП был опубликован ежегодный аналитический доклад под редакцией главного внештатного патологоанатома Минздрава России академика Г. А. Франка «О состоянии и основных задачах развития патологоанатомической службы Российской Федерации» за 2018 год [6]. В докладе приведен показатель

расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов – 4,8%, при этом отмечена отрицательная семилетняя динамика этого показателя, снизившегося на 60%. В Москве показатель расхождений диагнозов упал до 6,6%, хотя в предыдущие годы колебался в пределах 15%. Эти цифры не могут не настораживать. Во всем мире процент расхождения посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов является практически константной величиной и колеблется в пределах 10–20 процентов. Причем имеется четкая, практически математическая закономерность: чем выше процент вскрытий, тем ниже процент расхождения и наоборот. Там, где процент вскрытий минимален, процент расхождений подскакивает до 30 процентов и даже выше (рис. 1). По этой причине доверять проценту в пределах 4–6 нет никаких оснований – это лукавая цифра искаженной статистики.

Каковы же причины такого неоправданно резкого падения процента расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов за последние годы? Одна из главных причин – это штрафные санкции за расхождения диагнозов, введенные Фондом обязательного медицинского страхования [8] и поддержанные Министерством здравоохранения Российской Федерации [9]. Согласно этим нововведенным правилам, за расхождения диагнозов 2-й и 3-й категории лечебные учреждения мало того что подвергаются штрафным санкциям, так им еще не компенсируются финансовые затраты на лечение больного. Создалась совершенно парадоксальная ситуация, когда больнице гораздо выгоднее вообще не проводить вскрытие, так как за это полагается штраф в три раза меньший, чем за проведенное вскрытие, выявившее дефекты оказания медицинской помощи. Это совершенно ненормальная ситуация, требующая обязательного нормативного регулирования.

Расхождение диагнозов попало не только в число оценочных критериев качества медицинской помощи, но стало привлекать к себе внимание следственных органов. На заседании рабочей комиссии Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья 14 мая 2018 года в обсуждении проблем патологоанатомической службы страны активное участие принял представитель Следственного комитета. В Министерстве здравоохранения Тульской области осенью 2018 года пришел запрос из Следственного управления области с просьбой предоставить сведения о количестве несовпадений патологоанатомического и клинического диагнозов. Такое внимание органов правопорядка к вопросам клинико-анатомических сопоставлений заставляет ставить эти вопросы во главу угла. Причем подходы к оценке расхождений диагнозов у представителей Следственного комитета и медиков неоднозначны. Надзорные органы считают, что показатель расхождений как индикатор брака в работе медиков должен быть сведен к нулю. Мы же аргументируем заниженность существующих показателей, не отражающих реального положения дел, так как весь опыт медицины свидетельствует, что показатель расхождений – величина константная во всем мире. Понятно, что органы здравоохранения заинтересованы в объективных, неискаженных показателях, характеризующих качество медицинской помощи.

Помимо штрафных санкций, влияющих на снижение показателя расхождений диагнозов, другой причиной служит отказ от традиций отечественной медицины формулировки диагноза, допускающих существование, помимо одного основного заболевания, комбинации нескольких заболеваний, влияющих в случае смерти на наступление летального исхода. Понятие комбинированного основного заболевания было предложено в 1971 году профессором

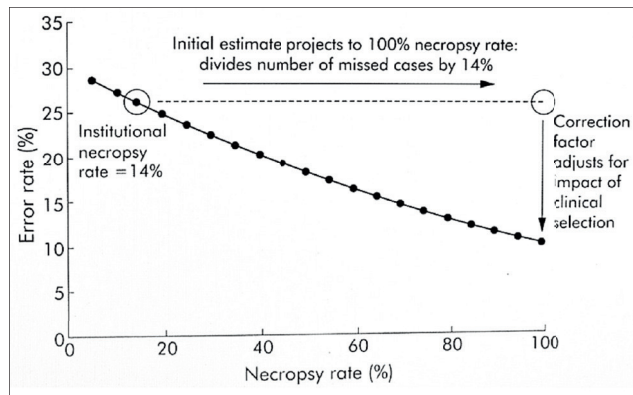


Рис. 1. Модель зависимости процента расхождений диагнозов от процента вскрытий [7]

Fig. 1. Model of dependence of the number of discrepancies of diagnoses on the number of autopsies [7]

Г. Г. Автандиловым. В 70–80-е годы прошлого столетия разработка мультикаузального диагноза проводилась отечественными патологоанатомами А. В. Смольяниковым, А. К. Апатенко, А. М. Вихертом, О. К. Хмельницким, Д. С. Саркисовым, Н. К. Пермяковым, В. В. Серовым и др. Понятие множественности первоначальной причины смерти получило название коморбидных заболеваний. В МКБ-10 коморбидные заболевания (состояния) определяются как прочие важные заболевания (состояния), способствовавшие смерти [10]. Ограничение анализа по единичному состоянию для каждого эпизода влечет за собой потерю части имеющейся информации. Поэтому рекомендуется по возможности проводить кодирование и анализ заболеваемости и смертности по множественным причинам. Однако официальная статистика Минздрава России учитывает, к сожалению, только одно основное заболевание (разъяснено в письме заместителя Министра здравоохранения Минздрава России от 01.06.2016 № 13-2/10/2-4009). Отказ от комбинированного основного заболевания вывел за рамки сопоставления диагнозов коморбидные заболевания, что нельзя считать нормальным, так как оставляет вне поля зрения руководителей органов здравоохранения важнейшую информацию, касающуюся качества медицинской помощи. Чтобы хоть как-то восполнить недостающую информацию, Российское общество патологоанатомов совместно с проффильной комиссией по патологической анатомии Минздрава России рекомендует в структуре диагноза (клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского) выделять отдельной строкой при их наличии коморбидные заболевания – конкурирующие, сочетанные, фоновые. Это очень важно для правильной оценки клинического статуса, а в случае смерти – танатогенеза заболевания. При оформлении медицинского свидетельства о смерти надо обязательно указывать (что зачастую игнорируется) в графе «римское два» (прочие важные состояния, способствовавшие смерти) коморбидные заболевания. При этом недопустимо в эту графу помещать сопутствующие заболевания, на что есть четкое указание в статье 2 п.19 Федерального закона № 323-ФЗ [5].

Недочет роли коморбидных заболеваний, отсутствия четких норм их использования приводит иногда к девициям и путанице в их употреблении при формулировке диагноза. Так, неприятие профессионального сообщества патологоанатомов вызвала рекомендация ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (письмо заместителя Министра здравоохранения Минздрава России от 26.04.2016 г. № 14-9/10/2-4150):

«При сочетании острого или повторного инфаркта миокарда со злокачественным новообразованием, сахарным диабетом или бронхиальной астмой первоначальной причиной смерти считают эти заболевания, а инфаркты миокарда их осложнениями». Российское общество патологоанатомов разработало клинические рекомендации, согласно которым сахарный диабет ставится в качестве основного заболевания (первоначальной причины смерти) в четко ограниченном числе случаев, а именно: при разных вариантах диабетической комы, при диабетических гангренах (стопы, кишечника), при диабетической нефропатии с исходом в почечную недостаточность. В остальных же случаях место сахарного диабета – в рубрике коморбидных заболеваний (фоновых, сочетанных или конкурирующих). Кстати, анализ англоязычного текста МКБ-10 по данной ситуации показал, что там нет обязательного указания на вышеприведенную трактовку о приоритете сахарного диабета в диагнозе. Там речь идет лишь об одной из возможностей течения событий при сахарном диабете.

В нормативных документах Минздрава России, Росздравнадзора, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и в других официальных документах расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов однозначно расценивается как дефект оказания медицинской помощи, с чем нельзя целиком согласиться. Расхождение диагнозов может быть никак не связано с дефектами оказания медицинской помощи и не влиять на ход течения заболевания. Но в ряде случаев может вести к неблагоприятным последствиям. К сожалению, в отечественном законодательстве отсутствует определение дефекта медицинской помощи. Можно апеллировать лишь к Закону РФ «О защите прав потребителей», где даны определения, используемые в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования: недостаток услуги, существенный недостаток услуги, опасность услуги. Но этого для использования дефиниции дефекта оказания медицинской помощи недостаточно.

По-видимому, с трудностями интерпретации танатогенеза при множественных причинах смерти связан усилившийся в последние годы интерес у патологоанатомов и судебных медиков к диагнозу «старость» (код R54 МКБ-10). В связи с этим было разъяснение Минздрава России (письмо директора Департамента Е. П. Какориной от 19.12.2014 г. № 13-2/1750) об осторожности использования этого диагноза, так как термин «старость» относится к неточно обозначенным состояниям и данное состояние может быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти в исключительных случаях, если не удастся доказать другую причину. Тогда критериями использования кода МКБ-10 R54 должны быть возраст старше 80 лет, отсутствие в медицинской документации указаний на хронические заболевания, травмы и их последствия, способные вызвать смерть, а также отсутствие подозрений на насильственную смерть.

Предметом дискуссии является вопрос о категориях расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. Штрафные санкции за расхождение диагнозов 2-й и 3-й категорий привели к тому, что процент расхождений этих категорий стал резко падать, причем 3-я категория расхождений свелась практически к нулю. В то же время процент расхождений 1-й категории, не облагаемых штрафами, резко пошел вверх. В связи с этим обострился вопрос о роли патологоанатомов в квалификации категорий расхождения. В 2007 году Ирина Александровна Казанцева, недавно ушедшая из жизни, на страницах журнала «Архив патологии» поставила вопрос о том, что патологоанатомы должны отмежеваться от обязанности

квалифицировать категории расхождения диагнозов и не брать на себя эту функцию [11]. Патологоанатом не может обладать достаточной квалификацией, чтобы судить о правильности или неправильности действий клинициста. У него нет сертификата хирурга, терапевта и т.д. Вопрос о квалификации категорий расхождения должен решаться строго коллегиально в клинко-экспертных комиссиях, (под)комиссиях по изучению летальных исходов, на клинко-анатомических конференциях. При единоличной квалификации категорий расхождения патологоанатомами очень высоки субъективизм и ошибочность в трактовке действий врача-клинициста [12]. В соответствии с приказом Минздрава России № 354н от 06.06.2013 на патологоанатомов возлагается только установление факта расхождения диагнозов. Установление же причин и категорий расхождения диагнозов должно передаваться на усмотрение клинко-экспертных комиссий медицинских организаций.

Важнейшее достижение отечественной медицины – клинко-анатомические конференции: они служат прекрасной школой для клиницистов и патологоанатомов, являясь местом коллегиального обсуждения действий врачей и разбора дефектов оказания медицинской помощи. К сожалению, за последние годы роль клинко-анатомических конференций существенно ослабла, и в немалой степени этому способствовало исчезновение из новых нормативных документов Минздрава России даже упоминания о них. Это серьезный пробел в системе контроля качества медицинской помощи, и необходимо обязательно восстановить официальный статус клинко-анатомических конференций в нормативных документах Минздрава России.

В связи с вопросами клинко-анатомических сопоставлений и формулировки диагноза обсуждается вопрос о передаче функций кодирования заболеваний полностью в руки службы медицинской статистики. В зарубежных странах широко используются программы, которые автоматизируют процесс кодирования и выбора первоначальной причины смерти – MMDS (в англоязычных странах – США, Канада, Австралия, Великобритания), IRIS (Франция, Венгрия, Италия, Швеция, Германия; может быть модифицирована для любого языка). В России данный подход не используется; причины смерти кодируются лицом, выдавшим медицинское свидетельство о смерти, и переносятся в статистику без изменений. В большинстве стран врачи не кодируют диагнозы по МКБ – это работа специалистов по медицинской статистике с применением специальных компьютерных программ. В связи с этим надо иметь в виду, что 2-й том МКБ-10 написан именно для статистиков. В международной форме медицинского свидетельства о смерти, утвержденной экспертами ВОЗ, графа для кода по МКБ вообще не предусмотрена. Внедрение автоматизированной системы кодирования смерти позволит уменьшить количество ошибок в выборе и кодировании первоначальной причины смерти.

В законодательных и нормативных документах неоднозначно трактуется понятие «врачебная ошибка». Следственный комитет России предложил ввести в Уголовный кодекс новые статьи об уголовной ответственности за врачебные ошибки и создает в регионах новые отделы по расследованию уголовных дел, связанных с преступлениями медицинских работников. Конечно, уголовные преступления медицинских работников всегда были и должны быть предметом уголовного расследования. Но отождествлять врачебную ошибку с уголовным преступлением неверно. Президент Национальной Медицинской Палаты Л. М. Рошаль выступил против такого отождествления и выразил несогласие с введением новых норм Уголовного

кодекса в отношении медицинских работников, заявив: «Медики в принципе не понимают, почему ни по одной профессии нет специальной статьи в уголовном кодексе, а теперь не только предлагается специальная статья для медицинских работников, но и в следственных органах формируются отдельные структуры по судебным делам. <...> Судить врачей, с тем чтобы их посадить, можно только в случае умышленного, подчеркну – умышленного вреда здоровью» [13].

Его позиция получила поддержку профессиональных медицинских сообществ. Беда в том, что нет юридического определения врачебной ошибки. XI Пленум Российского общества патологоанатомов однозначно сформулировал свое мнение по этому вопросу, отразив его в резолюции: «В соответствии с традициям отечественной медицины, врачебную ошибку следует рассматривать как добросовестное заблуждение врача по объективным или субъективным причинам без умысла причинения вреда больному. Неправомочно отнесение врачебных ошибок к должностным правонарушениям, требующим административного или уголовного преследования. Настоятельно необходимо разработать и официально узаконить юридическое определение врачебных ошибок».

Клинико-анатомические сопоставления преследуют одну из главных целей – выявление дефектов оказания медицинской помощи. Болевой точкой для здравоохранения в этом вопросе являются ятрогении. Согласно определению стандарта Росздравнадзора [14], «Ятрогении (болезни, порожденные врачом», от греч. *Iatros* – врач + *Genes* – порождающий) – это групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения». По своей сущности ятрогении являются вариантом дефектов оказания медицинской помощи. Ошибочным является отождествление врачебных ошибок и ятрогений. Последние подразумевают неблагоприятные последствия действий (или бездействий) медицинских работников и необязательно связаны с врачебными ошибками. Часть ятрогений, в отличие от врачебных ошибок, может быть отнесена к категории медицинских правонарушений.

В вопросах клинико-анатомических сопоставлений следует опираться на мировой опыт в этом вопросе. В большинстве стран мира используются международные правила сопоставления (сличения) диагнозов по системе (или критериям) Гольдмана [15]. Согласно этим критериям, выделяют 5 классов (типов) расхождения диагнозов:

Класс I. Основной. Прямо связан с наступлением смерти; если бы был распознан, мог бы изменить лечение и повлиять на выживание. *Пример:* Неожиданно диагностированный на вскрытии инфаркт миокарда у пациента с клиникой боли в груди.

Класс II. Основной. Прямо связан с наступлением смерти; если бы был распознан, мог бы и не изменить лечение и не повлиять на выживание. *Пример:* Неожиданно диагностированный на вскрытии инфаркт миокарда у пациента с остановкой сердца.

Класс III. Второстепенный. Случайная находка на вскрытии, прямо не связанная с причиной смерти, но имеющая отношение к исходу болезни. *Пример:* Диагностированный инфаркт миокарда, но не выявленный при жизни пристеночный тромб в левом желудочке.

Класс IV. Второстепенный. Случайная находка на вскрытии, не связанная с причиной смерти. *Пример:* Диагностированный инфаркт миокарда с не диагностированным раком легкого.

Класс V. Полное совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.

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

В последние годы система Гольдмана модифицирована с выделением трех классов расхождений диагнозов (исключен 5-й класс и объединены 3-й и 4-й классы) [16]:

Класс I: ошибочный диагноз, который мог повлиять на выживание и возможно потребовал бы изменения лечения;

Класс II: ошибочный диагноз, который не повлиял на выживание и не потребовал бы изменения лечения;

Класс III и IV: ошибочный второстепенный диагноз, не связанный с течением заболевания.

Согласно метаанализу публикаций по использованию системы Гольдмана [17], обычно частота расхождений диагнозов колеблется в пределах 10–40%. Частота расхождений класса I (по нашей системе это 3-я категория расхождений) колеблется в интервале 2,4–10,7%.

Интересны данные о частоте классов расхождения по Гольдману в Jackson Memorial Hospital (University of Miami, Florida, USA) – 923 вскрытия за 6 лет (2009–2014 гг.): класс I – 9,9%; класс II – 9,6%; класс III – 3,6%; класс IV – 32,9%; класс V – 44,0% [18]. Судя по этим данным, процент наиболее тяжелых вариантов расхождений, соответствующих нашей 3-й категории, достигает почти 20%. И это в одном из самых высококвалифицированных лечебных учреждений США. Отсюда надо сделать вывод, что случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов должны быть, по примеру опыта цивилизованных высокоразвитых стран, предметом серьезного профессионального обсуждения в медицинском сообществе с принятием в случае необходимости должных административных, а в исключительных случаях и более строгих мер. Но существование перманентной угрозы уголовной ответственности медицинских работников загоняет проблему внутрь, искажает истинное положение дел и в итоге наносит вред качеству медицинской помощи.

Представленные материалы свидетельствуют о высокой роли клинико-анатомических сопоставлений в оценке качества медицинской помощи, эта роль не всегда достаточно адекватно оценивается, не урегулирована в должной мере законодательными и нормативными актами. Все это требует привлечения к данной проблеме внимания руководителей органов здравоохранения, органов системы медицинского страхования, правоохранительных структур и медицинского профессионального сообщества для совместной выработки стратегии в этом направлении.

#### ♦ ЛИТЕРАТУРА

1. Herbella F. A., Fernandes P. H., Delmonte C., Del Grande J. C. Forensic autopsy costs in the city of São Paulo. *Sao Paulo Medical J.* 2003;121(3):139-142. DOI: 10.1590/S1516-31802003000300011.
2. Wichmann D., Obbelode F., Vogel H., et al. Virtual autopsy as an alternative to traditional medical autopsy in the intensive care unit: a prospective cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2012;56(2):123-130. DOI: 10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00008.
3. Клевно В. А., Чумакова Ю. В. Виртопсия – новый метод исследования в отечественной практике судебной медицины. Материалы Международного конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2019». Тезисы. *Судебная медицина.* 2019;5(1s):46-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-1s>

4. Клевно В. А., Чумакова Ю. В., Дуброва С. Э. Судебно-медицинская экспертиза и посмертная компьютерная томография в случае смерти от механической асфиксии: сложности диагностики. Материалы Международного конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2019». Тезисы. *Судебная медицина*. 2019;5(1s):54-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-1s>
  5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный Закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Доступно по ссылке: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895).
  6. Франк Г. А., ред. *Состояние и основные задачи развития патологоанатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2018 год*. М.: Минздрав России, 2019.
  7. Shojania K. G., Burton E. C., McDonald K. M., Goldman M. Changes in rates of autopsy detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA*. 2003;289(21):2849-2856. DOI: 10.1001/jama.289.21.2849.
  8. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Доступно по ссылке: <https://base.garant.ru/12182428/>.
  9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.06.2015 «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н».
  10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр: МКБ-10. М.: Медицина; 2003. Т. 1.
  11. Максимов А. В. Проблемы клинко-анатомического анализа летальных исходов. *Судебная медицина*. 2018;4(1):4-7. DOI: 10.19048/2411-8729-2018-4-1-4-7
  12. Казанцева И. А. О целесообразности выделения категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. *Архив патологии*. 2007;6:56-57.
  13. Леонид Рошал: мы за декриминализацию врачебной деятельности. Доступно по ссылке: <https://medvestnik.ru/content/news/Leonid-Roshal-my-za-dekriminalizaciu-vrachebnoi-deyatelnosti.html>
  14. Хабриев Р. У, Пальцев М. А., ред. *Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении: Сборник нормативно-методических документов*. М.: Медицина для всех; 2007.
  15. Goldman L., Sayson R., Robbins S., et.al. The value of the autopsy in three medical eras. *N. Engl. J. Med.* 1983; 308(17):1000-1005.
  16. Wittschieber D., Klauschen F., Kimmritz A. C., 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(5): e37460. DOI: 10.1371/journal.pone.0037460.
  17. Wittekind C., Gradistanac T. Post-mortem examination as a quality improvement instrument. *Dtsch. Arzte bl. Int.* 2018;115(39):653-658.
  18. Hyejong S. M., Milikowski C. Comparison of clinical diagnoses and autopsy findings: six-year retrospective study. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2017;141(9):1262-1266.
- ◇ REFERENCES
1. Herbella F. A., Fernandes P. H., Delmonte C., Del Grande J. C. Forensic autopsy costs in the city of São Paulo. *Sao Paulo Medical J.* 2003;121(3):139-142. DOI: 10.1590/S1516-31802003000300011.
  2. Wichmann D., Obbelode F., Vogel H., et.al. Virtual autopsy as an alternative to traditional medical autopsy in the intensive care unit: a prospective cohort study. *Ann. Intern. Med.* 2012;56(2):123-130. DOI: 10.7326/0003-4819-156-2-201201170-00008.
  3. Klevno V. A., Chumakova Yu. V. Virtopsiya – novyi metod issledovaniya v otechestvennoi praktike sudebnoi meditsiny. Материалы Mezhdunarodnogo kongressa “Aktualnye voprosy sudebnoi meditsiny i ekspertnoi praktiki – 2019”. Тезисы. *Судебная медицина*. 2019;5(1s):46-46. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-1s>
  4. Klevno V. A., Chumakova Yu. V., Dubrova S. E. Судебно-медицинская экспертиза и посмертная компьютерная томография в случае смерти от механической асфиксии: сложности диагностики. Материалы Международного конгресса “Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2019”. Тезисы. *Судебная медицина*. 2019;5(1s):54-54. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-1s>
  5. *Ob osnovakh okhrany zdorovya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii. Federalnyi zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ*. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895). (In Russ.)
  6. Frank G. A., ed. *Sostoyanie i osnovnye zadachi razvitiya patologoanatomicheskoi sluzhby Rossiiskoi Federatsii: Otrasevye statisticheskoe issledovanie za 2018 god*. Moscow: The Ministry of Health of the Russian Federation; 2019. (In Russ.)
  7. Shojania K. G., Burton E. C., McDonald K. M., Goldman M. Changes in rates of autopsy detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA*. 2003;289(21):2849-2856. DOI: 10.1001/jama.289.21.2849.
  8. *Prikaz Federalnogo fonda obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya ot 01.12.2010 g. № 230 “Ob utverzhenii Poryadka organizatsii i provedeniya kontrolya obemov, srokov, kachestva i uslovii predostavleniya meditsinskoi pomoshchi po obyazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniyu”*. Available at: <https://base.garant.ru/12182428/>. (In Russ.)
  9. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii ot 06.06.2015 “O vnesenii izmenenii v Pravila obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya, utverzhdennye prikazom Ministerstva zdravookhraneniya i sotsialnogo razvitiya Rossiiskoi Federatsii ot 28 fevralya 2011 g. № 158N”*. (In Russ.)
  10. *Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorovem, desyatyi peresmotr: MKB-10*. Moscow: Meditsina; 2003. Vol. 1. (In Russ.)
  11. Maksimov A. V. Problemy kliniko-anatomicheskogo analiza letalnykh iskhodov. *Судебная медицина*. 2018;4(1):4-7. (In Russ.) DOI: 10.19048/2411-8729-2018-4-1-4-7
  12. Kazantseva I. A. O tselesoobraznosti vydeleniya kategorii raskhozheniya klinicheskogo i patologoanatomicheskogo diaгнозов. *Архив патологии*. 2007;6:56-57. (In Russ.)
  13. *Leonid Roshal: my za dekriminalizatsiyu vrachebnoi deyatelnosti*. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Leonid-Roshal-my-za-dekriminalizaciu-vrachebnoi-deyatelnosti.html>. (In Russ.)

14. Khabriev R. U., Paltsev M. A., ed. *Sistema dobrovolnoi sertifikatsii protsessov vypolneniya patomorfologicheskikh (patologoanatomicheskikh) issledovaniy i patologoanatomicheskikh uslug v zdravookhraneni: Sbornik normativno-metodicheskikh dokumentov*. Moscow: Meditsina dlya vsekh; 2007. (In Russ.)
15. Goldman L., Sayson R., Robbins S., et. al. The value of the autopsy in three medical eras. *N. Engl. J. Med.* 1983; 308(17):1000-1005.
16. Wittschieber D., Klauschen F., Kimmritz A. C., 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(5): e37460. DOI: 10.1371/journal.pone.0037460.
17. Wittekind C., Gradistanac T. Post-mortem examination as a quality improvement instrument. *Dtsch. Arzte bl. Int.* 2018;115(39):653-658.
18. Hyejong S. M., Milikowski C. Comparison of clinical diagnoses and autopsy findings: six-year retrospective study. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2017;141(9):1262-1266.

Для корреспонденции

**КАКТУРСКИЙ Лев Владимирович** – д.м.н., проф., научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека», член-корр. РАН, президент Российского общества патологоанатомов [Lev V. Kakturskiy, Dr. Sci. (Med.), Prof., corr. member RAS, Research Institute of Human Morphology] • 117418, г. Москва, ул. Цюрупы, д. 3 • {SPIN-код: 8472-0440, AuthorID: 582024, ORCID: 0000-0001-7896-2080}

**ЗАЙРАТЬЯНЦ Олег Вадимович** – д.м.н., проф., заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, вице-президент Российского и председатель Московского обществ патологоанатомов [Oleg V. Zayratyants, Dr. Sci. (Med.), Prof., A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry] • 127473, г. Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1 • +7(903) 184-92-17 • ovzair@mail.ru • {SPIN-код: 4817-1084, AuthorID: 582025, ORCID: 0000-0003-3606-3823}