

► <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-4-48-56>

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОПОСТАВЛЕНИЮ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО / СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ДИАГНОЗОВ

Ф. Г. Забозлаев¹, О. В. Зайратьянц², Л. В. Кактурский³, В. А. Клевно⁴, С. А. Кучук^{4,5}, А. В. Максимов^{4,5*}

¹ФНКЦ ФМБА России, Москва, Российская Федерация

²Кафедра патологической анатомии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ФГБНУ «НИИ морфологии человека», Москва, Российская Федерация

⁴Кафедра судебной медицины ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация

⁵ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», Москва, Российская Федерация

Аннотация. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов являются совместным трудом рабочей группы профессиональных некоммерческих медицинских ассоциаций – Российской общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов, размещены в информационной системе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Электронный рубрикатор клинических рекомендаций» в разделе «Методические рекомендации».

Представленные методические рекомендации содержат структурированную информацию по вопросам сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов: приведены термины и определения, описаны правила сопоставления диагнозов и рекомендации по определению причины и категории расхождения диагнозов, даны рекомендации по оформлению результатов сопоставления диагнозов для последующей клинико-экспертной работы.

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

Ключевые слова: методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов

METHODOLOGICAL RECOMMENDATIONS FOR THE FINAL COMPARISON OF THE CLINICAL AND PATHOLOGICAL / FORENSIC DIAGNOSES

F. G. Zabozaev¹, O. V. Zairatyants², L. V. Kakturskii³, V. A. Klevno⁴, S. A. Kuchuk^{4,5}, A. V. Maksimov^{4,5*}

¹The Federal Biomedical Agency, Russian Ministry of Health, Moscow, Russian Federation

²A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation

³Research Institute of Human Morphology, Moscow, Russian Federation

⁴Department of Forensic Medicine, M. F. Vladimirkii Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

⁵Bureau of Forensic Medical Expertise of Moscow Region, Moscow, Russian Federation

Abstract. The Guidelines for comparing the final clinical and pathological / forensic diagnoses are a joint work of the working group of professional non-profit medical associations – the Russian society of pathologists and the Association of forensic experts, placed in the information system of the Ministry of health of the Russian Federation «Electronic rubric of clinical recommendations» in the section «Guidelines».

Presents the guidelines contain structured information on issues between final clinical and postmortem / forensic medical diagnosis: lists the terms and definitions, describes the rules for mapping of diagnoses and recommendations for determining the cause and category of a divergence of diagnoses, recommendations for the design of the matching results for further diagnoses of clinical-expert work.

The purpose of the guidelines is the formation of uniform requirements for the rules of comparison of the final clinical and pathological / forensic diagnoses.

Keywords: methodological recommendations for the final comparison of the clinical and pathological / forensic diagnoses

• Received: 17.12.2019 • Accepted: 24.12.2019

Для цитирования: Забозлаев Ф. Г., Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В., Клевно В. А., Кучук С. А., Максимов А. В. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов. *Судебная медицина*. 2019;5(4):48-56. <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-4-48-56>.

For reference: Zabozaev F. G., Zairatyants O. V., Kakturskii L. V., Klevno V. A., Kuchuk S. A., Maksimov A. V. Methodological recommendations for the final comparison of the clinical and pathological / forensic diagnoses. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2019;5(4):48-56. (In Russ.) <http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-4-48-56>.

МАКСИМОВ Александр Викторович – к.м.н., заместитель начальника по организационно-методической работе ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», доцент кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского [Aleksandr V. Maksimov, Cand. Sci. (Med.), Ass. Prof., Bureau of Forensic Medical Expertise of Moscow Region] • 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • maksimov@sudmedmo.ru • {SPIN-код: 3134-8457, AuthorID: 848828, ORCID: 0000-0003-1936-4448}

Термины и определения

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 [1].

Синдром – 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 [1].

Диагноз – 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 [2, 3].

Заключительный клинический диагноз – 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, международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), нормативно-распорядительными документами.

Патологоанатомический / судебно-медицинский диагноз – 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, предусмотренных действующими классификациями, номенклатурой болезней и нормативно-распорядительными документами [3, 4].

Рубрики диагноза – 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 [2, 3, 5].

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 [6].

Сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияя на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти [6].

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 [1–3].

Первоначальная причина смерти – 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 [7].

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 [7].

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 [7].

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 пациент и которая самостоятельно могла привести к смерти [2, 8].

Сочетанное заболевание – вид коморбидного заболевания, нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал пациент и которая отягощала течение основного заболевания, потребовав оказания медицинской помощи. Без взаимного отягощения основное или сочетанное заболевание в отдельности не вызвали бы летального исхода [2, 8].

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 [2, 8].

Клинико-анатомический эпикриз – раздел протокола патологоанатомического / судебно-медицинского вскрытия; суждение врача-патологоанатома / судебно-медицинского эксперта, производившего исследование трупа с учетом данных прижизненного обследования умершего (при наличии медицинской документации), о причине смерти и танатогенезе, индивидуальных этапах течения болезни с обоснованием патологоанатомического / судебно-медицинского диагноза, основанным на клинико-анатомических сопоставлениях (при наличии медицинской документации), оценке лечебно-диагностических мероприятий (при наличии) и сопоставлением заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов (при наличии клинического диагноза) [9, 4].

Рабочая группа по разработке методических рекомендаций – это коллектив специалистов, работающих совместно и согласованно в целях разработки / актуализации методических рекомендаций, и несущих общую ответственность за результаты данной работы.

Расхождение диагнозов (расхождение заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов) – несовпадение основного заболевания по нозологии, этиологии, характеру и локализации патологического процесса, при травме – по полноте диагностики повреждений (гипердиагностика, гиподиагностика), а также случаи несвоевременной (поздней) диагностики [3, 5, 10].

Ятрогения – групповое понятие, объединяющее все разнообразие патологических состояний (нозологических форм, синдромов, патологических процессов) развившихся в результате любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных) [2, 3, 5].

Введение

В настоящих Методических рекомендациях сопоставление (сличение) заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов предлагается рассматривать как одну из основных форм контроля качества медицинской помощи, диагностической и лечебной деятельности медицинской организации. Случаи расхождения диагнозов рассматриваются в качестве предмета для профессионального обсуждения в медицинском сообществе с принятием должных административных мер по устранению недостатков в оказании медицинской помощи.

В настоящее время в России на федеральном уровне отсутствует нормативно-правовое регулирование вопроса проведения сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов [11–13].

Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н, предусматривает в составе функций врачебной комиссии изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента [14]. Однако на сегодняшний день отсутствует регламентированный порядок работы врачебной комиссии медицинской организации по изучению случая смерти пациента, прописыва-

ющий роль патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, а также содержащий вопросы организации, порядка работы подкомиссии по изучению летальных исходов (ПИЛИ) и клинико-анатомических конференций (КАК) и правила сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов.

С учетом особой значимости вопросов сопоставления 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, Москва) были сформулированы предложения в итоговую Резолюцию, которые были одобрены на заключительном пленарном заседании участников Конгресса 01.11.2017. Данные вопросы обсуждались на XI Пленуме Российского общества патологоанатомов (31.05–01.06.2019, Самара), заседаниях Московского отделения Российского общества патологоанатомов (2018–2019 гг.) и на 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 (МР) являются совместным трудом рабочей группы (РГ) профессиональных некоммерческих медицинских ассоциаций – Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

Целью МР является формирование единых требований к правилам сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов.

Положения, описанные в настоящих МР 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, участвующим в проведении клинико-анатомического анализа летального исхода.

1. 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 пациента (форма № 003/у, утвержденная приказом МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980) или указанный как заключительный после посмертного эпикриза в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н).

Остальные диагностические записи, имеющиеся в медицинской документации, учитываются для уточ-

нения 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 (МКБ-10), её обновлениями, рекомендациями Минздрава России, Российского общества патологоанатомов и Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

1.1. Правила формулирования диагноза

Структура как заключительного клинического, так и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов содержит следующие рубрики:

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

Нерубрифицированный диагноз не может быть использован для кодирования по МКБ-10 и статистического анализа, не подлежит сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов и, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) принят ряд правил выбора заболеваний (состояний), которые используются для выбора основного состояния (заболевание, травмы) при анализе заболеваемости и смертности по единичной причине. Как основное определяется состояние (заболевание, травма), диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого, главным образом, проводилось обследование и лечение пациента. При наличии более одного такого состояния (заболевания) в качестве основного выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов [7].

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий. В связи с этим в процессе лечения пациента основное заболевание может меняться.

Для анализа причин смерти экспертами ВОЗ введено понятие первоначальной причины смерти, которое определяется как: 1) болезнь (травма), вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или 2) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Смертельное осложнение (нозологическая единица или синдром), определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти (но не элемент самого механизма смерти – танатогенеза), определяется как непосредственная причина смерти. Таким образом, понятие первоначальной причины смерти является аналогом понятия основного заболевания, а понятие непосредственной причины смерти – чаще аналогом смертельного осложнения основного

заболевания (редко, при отсутствии осложнений, самого основного заболевания).

Сопутствующие заболевания не имеют причинно-следственной связи с основным заболеванием, не могут быть ассоциированы с причиной смерти, в статистике причин смерти не используются [6].

В рубрике «Коморбидные заболевания» не рекомендуется указывать более двух-трех нозологических единиц (конкурирующих, сочетанных и фоновых заболеваний), превращая диагноз, фактически, в полипатию, что может свидетельствовать о недостаточно глубоком анализе причин летального исхода и малоприспособно для статистического учета.

При коморбидности в случае летального исхода в заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах, при прочих равных условиях, имеет предпочтение и в диагнозе выставляется в рубрику «Основное заболевание»:

1) нозологическая форма, при летальном исходе имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим),

2) нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов,

3) в случаях, когда применение пп.1–2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая:

– была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни и др.),

– потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий, соответствовала профилю отделения или медицинского учреждения, где проводились лечебно-диагностические мероприятия, если степень и стадия этого заболевания соответствовали тяжести и лечебные мероприятия проводились по показаниям,

– была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз).

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) рекомендуется указывать вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках диагноза), по поводу которых они производились. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) рекомендуется указывать с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) после рубрики «Осложнения основного (и коморбидных – при наличии) заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями – это особый вид ятрогенных патологических процессов и указываются в этой же подрубрике диагноза [2, 4, 7, 15–19].

2. Правила сопоставления диагнозов

2.1. Рекомендации сопоставления диагнозов по рубрикам Сопоставление диагнозов рекомендуется проводить по всем его рубрикам:

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

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

Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности по:

- коморбидным заболеваниям (конкурирующему, сочетанному, фоновому – при наличии);
- осложнениям, прежде всего смертельному;
- сопутствующим заболеваниям,

рекомендуется проводить отдельно и при несовпадении рекомендуется не фиксировать 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 диагностики коморбидных заболеваний, осложнений, прежде всего, смертельного, основных сопутствующих заболеваний, но понятие категория расхождения диагнозов не применяется.

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

2.2. Рекомендации по установлению критерия расхождения диагнозов

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

- по нозологии,
- этиологии,
- характеру и локализации (в анатомических частях органа) патологического процесса,
- при травме – по полноте диагностики повреждений,
- а также случаи несвоевременной (поздней) диагностики [10].

Комментарии:

Врач-патологоанатом или врач-судебно-медицинский эксперт после производства вскрытия констатирует факт совпадения или расхождения диагнозов, а также факты неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний [20, 21, 22].

Врач-патологоанатом или врач-судебно-медицинский эксперт обосновывают это в клинико-анатомическом эпикризе (КАЭ) и предлагают для обсуждения на ПИЛИ или КАК при наличии расхождения диагнозов, причину и категорию расхождения диагнозов, а также причины неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, отдельно – смертельного осложнения, основных сопутствующих заболеваний.

2.3 Рекомендации по установлению категории расхождения диагнозов

Врач-патологоанатом или врач – судебно-медицинский эксперт выносят на ПИЛИ заключение по результатам вскрытия о диагнозе заболевания, первоначальной и непосредственной причине смерти, совпадении или расхождении диагнозов, о выявленных на вскрытии недостатках оказания медицинской помощи и особенностях танатогенеза, патоморфоза заболевания в данном летальном исходе, а также предлагают причину и категорию расхождения диагнозов, причины ошибок диагностики других патологических состояний при их наличии.

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

Комментарии:

Следует признать, что для оценки качества оказания медицинской помощи (отсутствие расхождения клинического диагноза и патологоанатомического диагноза), категории расхождения диагнозов достаточно субъективны 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 наступление летального исхода. Заключение о том, что неверный клинический диагноз не повлиял на правильность лечения пациента и наступление летального исхода (II категория) может быть связано с недостаточно глубоким анализом наблюдения. Однако и другие ранее предлагаемые критерии, например, предотвратимость и непредотвратимость летального исхода, оказались не менее субъективными и, в настоящее время, не нашли широкого применения. По-видимому, значительно более объективными показателями (критериями) качества прижизненной диагностики являются своевременность установки клинического диагноза и конкретные причины расхождений диагнозов [5, 9, 15, 23–27].

I категория расхождения диагнозов – в данной медицинской организации правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений пациента за медицинской помощью) уже не повлияла на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.

Комментарии:

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 [28].

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 пациент, что является причиной рекомендации экспертам ФОМС проводить в таких случаях там экспертизу оценки оказания медицинской помощи [28, 29].

II категория расхождения диагнозов – в данной медицинской организации правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

Комментарии:

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 (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 [28].

Таким образом, расхождения диагнозов по II категории являются следствием как объективных, так и субъективных причин.

Как указывалось, еще в методических рекомендациях МЗ РСФСР 1988 г. «Подготовка и проведение клинико-

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» [30].

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.

Комментарии:

К III категории расхождения диагнозов следует относить случаи, при которых неправильная диагностика повлекла за собой неадекватные лечебные мероприятия, что обусловило летальный исход [28].

Причины расхождения диагнозов по III категории являются следствием объективных или, преимущественно, субъективных причин.

При сопоставлении диагнозов в случаях смерти больных, обусловленных не диагностированными при жизни ятрогенными патологическими процессами, явившимися основными заболеваниями (первоначальными причинами смерти) устанавливается расхождение диагнозов III категории.

2.4 Рекомендации по установлению причины расхождения диагнозов

Причины расхождения диагнозов подразделяются на объективные и субъективные.

Объективные:

1. Кратковременность пребывания пациента в медицинском учреждении («краткость пребывания»). Критериями кратковременности пребывания в медицинском учреждении являются: установление клинического диагноза в стационаре в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, но не позднее 24 часов с момента поступления пациента по экстренным показаниям в профильное отделение (но предельного диагноза – не позднее 1 часа от момента обращения пациента в медицинскую организацию при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме); в течение 10 суток с момента обращения пациента при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях [10, 28].

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

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

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

Субъективные:

1. Недостаточное клиническое обследование пациента (включая недоучет данных анамнеза, клинических дан-

ных, недостаточное применение клиничко-лабораторных и иных методов исследования).

2. Неправильная интерпретация клинических данных.

3. Неправильная трактовка-интерпретация (недоучет или переоценка) данных клиничко-лабораторных, рентгенологических и других лабораторно-инструментальных методов исследования.

4. Недоучет или переоценка заключения консультанта.

5. Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза (включая логические шибки).

6. Прочие субъективные причины.

Комментарии:

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

2.5 Особенности сопоставления диагнозов в случаях смерти пациента вне медицинской организации

Для внебольничной летальности – для умерших на дому, 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 КАЭ и такой дефект оформления медицинской документации выносится на рассмотрение ПИЛИ или КАК.

В случаях, когда заключительный клинический диагноз 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.

2.6 Рекомендации по оформлению результатов сопоставления диагнозов

Сведения о результатах сопоставления заключительного и патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов, рекомендуется отражать в КАЭ, в соответствующих разделах протокола патологоанатомического вскрытия, в приложении к «Заключению эксперта» (Акту судебно-медицинского исследования трупа).

КАЭ составляют в итоге оформления протокола патологоанатомического вскрытия / исследовательской части «Заключения эксперта» (Акта судебно-медицинского исследования трупа) на основе объективных данных, результатов гистологических, бактериологических, судебно-химических и других методов исследования секционного материала, а также руководствуясь клиническими и лабораторными данными представленной медицинской документации.

В КАЭ не следует повторять данные выписки из медицинской документации (дублировать посмертный эпикриз) или рубрики патологоанатомического / судебно-медицинского диагнозов.

В КАЭ рекомендовано отражать следующие разделы:

- обоснование патологоанатомического/судебно-медицинского диагноза (всех его рубрик) и механизма танаотогенеза;
- обоснование первоначальной и непосредственной причин смерти;
- анализ проявлений патоморфоза в связи с проводившимся лечением и других клиничко-анатомических особенностей наблюдения;

• обоснование совпадения или расхождения диагнозов, а также заключение о распознанных или нераспознанных коморбидных заболеваниях, осложнениях основного (и коморбидных – при наличии) заболевания, 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 ПИЛИ или КАК, а также о других возможных недостатках диагностического, лечебного, организационного характера, включая оформление медицинской карты умершего, с целью постановки аргументированных вопросов для обсуждения на заседании ПИЛИ или КАК медицинской организации.

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

◇ ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Приказ Минздрава России от 22 января 2001 г. № 12 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении. Отраслевой стандарт ОСТ ТО № 91500.01.0005–2001». [Prikaz Minzdrava Rossii ot 22 yanvarya 2001 g. № 12 «Terminy i opredeleniya sistemy standartizatsii v zdravookhraneni. Otrasl'evoi standart OST TO 91500.01.0005–2001». (In Russ.)]
2. Методические рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы «Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти». Зайратьянц О. В. и соавт. 2019;45-56. www.mosgorzdrav.ru [Metodicheskie rekomendatsii Departamenta zdravookhraneniya goroda Moskvu «Pravila formulirovki patologoanatomicheskogo diagnoza, vybora i kodirovaniya po MKB-10 prichin smerti». Zayratyants O.V. i soavt. 2019;45-56, 2019. www.mosgorzdrav.ru. (In Russ.)]
3. *Патологическая анатомия*. Национальное руководство. Под ред. М. А. Пальцева, Л. В. Кактурского, О. В. Зайратьянца. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011. [Patologicheskaya anatomiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Pod red. M. A. Paltseva, L. V. Kakturskogo, O. V. Zairatyantsa. M.: GEOTAR-Media; 2011. (In Russ.)]
4. *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. [Sudebno-meditsinskii diagnoz: rukovodstvo. Klevno V. A., Kuchuk S. A., Lysenko O. V. i dr.; pod red. prof. V. A. Klevno. M.: Association of FME. 2015. (In Russ.)]
5. *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. [Sistema dobrovolnoi sertifikatsii protsessov vypolneniya patomorfologicheskikh (patologoanatomicheskikh) issledovaniy i patologoanatomicheskikh uslug v zdravookhraneni. Vypusk 1. Pod red. R. U. Khabrieva, M. A. Paltseva, L. V. Kakturskogo, O. V. Zairatyantsa i dr. Moscow: Meditsina dlya vsekh; 2007. (In Russ.)]
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». [Federalnyi zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorovya grazhdan Rossiiskoi Federatsii». (In Russ.)]
7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Официальное русскоязычное издание. В 3-х т. ВОЗ. Женева: ВОЗ, 1995. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-10. Geneva; 1995]
8. *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. [Formulirovka patologoanatomicheskogo diagnoza. Klinicheskie rekomendatsii. Seriya «Klinicheskiye rekomendatsii Rossiiskogo obshchestva patologoanatomov». Pod red. G. A. Franka, O. V. Zairatyantsa, P. G. Malkova, L. V. Kakturskogo. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2016. (In Russ.)]
9. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. *Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник*. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. [Zairatyants O. V., Kakturskii L. V. Formulirovka i sopostavleniye klinicheskogo i patologoanatomicheskogo diagnozov: Spravochnik. Moscow: ООО «Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo», 2011. (In Russ.)]
10. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». [Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.05.2017 g. № 203n «Ob utverzhdenii kriteriyev otsenki kachestva meditsinskoj pomoshchi». (In Russ.)]
11. Кактурский Л. В., Зайратьянц О. В. Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи. *Судебная медицина*. 2019;5(2):4–10. [Kakturskii L. V., Zairatyants O. V. Clinical and anatomical comparisons in assessing the quality of medical care. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2019;5(2):4–10. (In Russ.)] <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2019-5-2-4-10>
12. Кучук, С. А., Клевно, В. А. Сопоставление судебно-медицинского и клинического диагнозов – инструмент повышения качества медицинской помощи. Тезисы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2015» Москва, 1–2 апреля 2015. *Судебная медицина*. 2015;1(2):22–24. [Kuchuk S. A. Klevno V. A. Comparison of clinical and forensic diagnosis is an instrument of increasing quality of health care. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2015;1(2):22–24. (In Russ.)] <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2015-1-2-21-108>
13. Максимов А. В. Проблемы клинико-анатомического анализа летальных исходов. *Судебная медицина*. 2018;4(1):4–7. [Maksimov A. V. Problems of clinical-anatomical analysis of lethal outcomes. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2018;4(1):4–7. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2018-4-1-4-7>
14. Приказ Минздрава России от 05.05.2012 № 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 № 24516) [Prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 05.05.2012 N 502n (red. ot 02.12.2013) «Ob utverzhdenii poryadka sozdaniya i deyatel'nosti vrachebnoy komissii meditsinskoj organizatsii» (Zaregistrirovano v Minyuste Rossii 09.06.2012 N 24516)]

- i deyatelnosti vrachebnoy komissii meditsinskoj organizatsii» (Zaregistrirovano v Minyuste Rossii 09.06.2012 N 24516. (In Russ.))
15. Зайратьянц О. В. *Правила формулировки патологоанатомического диагноза. Общие положения*. Электронный учебный модуль для непрерывного медицинского образования. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. [Zairatyants O. V. *Pravila formulirovki patologoanatomicheskogo diagnoza. Obshchiye polozheniya*. Elektronnyi uchebnyy modul dlya nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. (In Russ.)]
 16. 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. [Zairatyants O. V., Malkov P.G. Unified requirements for the structure of the diagnosis to improving national morbidity statistics and causes of death. *Arkhiv patologii*. 2016;78(1):32–35. (In Russ.)] <http://dx.doi.org/10.17116/patol201678132-35>
 17. 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. Журнал для непрерывного медицинского образования врачей*. 2016;2(2):78–86. [Zairatyants O. V., Malkov P. G., Kakturskii L. V. Standardization of requirements to structure of diagnosis – a key element in improving morbidity statistics and causes of death in population. *Zhurnal dlya nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya vrachey*. 2016;2(2):78–86. (In Russ.)]
 18. *Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2018 году: ежегодный бюллетень*. Клевно В. А., Максимов А. В., Кучук С. А., и др.; под ред. проф. В. А. Клевно. М.: Ассоциация СМЭ, 2019. [Klevno V. A., Maksimov A. V., Kuchuk S. A., et al. *Sopostavleniye klinicheskogo i sudebno-meditsinskogo diaznozov po materialam Byuro sudebno-meditsinskoj ekspertizy Moskovskoy oblasti v 2018 godu: yezhegodnyy byulleten*. Moscow. Association of FME. 2019. (In Russ.)]
 19. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Под ред. акад. Петровского Б. В. М.: Советская энциклопедия. 1982. [Entsiklopedicheskii slovar meditsinskikh terminov. Pod red. akad. Petrovskogo B. V. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya. 1982. (In Russ.)]
 20. Приказ Минздрава России от 06.06.2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий». [Prikaz Minzdrava Rossii ot 06.06.2013 g. № 354n «O poryadke provedeniya patologoanatomicheskikh vskrytiy». (In Russ.)]
 21. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 131н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-патологоанатом» (зарегистрирован Минюстом России 05.04.2018 № 50645). [Prikaz Minzdrava Rossii ot 06.06.2013 g. № 354n «O poryadke provedeniya patologoanatomicheskikh vskrytiy». (In Russ.)]
 22. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 144н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – судебно-медицинский эксперт» (зарегистрирован Минюстом России 05.04.2018 № 50642). [Prikaz Ministerstva truda i sotsial'noy zashchity Rossiyskoy Federatsii ot 14.03.2018 № 144n «Ob utverzhdenii professionalnogo standarta «Vrach – sudebno-meditsinskii ekspert» (zaregistrirovano v Minyuste Rossii 05.04.2018 № 50642). (In Russ.)]
 23. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Правомерность выделения категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Журнал для непрерывного медицинского образования врачей*. 2016;1(3):87–94. [Zairatyants O. V., Kakturskii L. V. The legality of the allocation categories of the discrepancy of clinical and pathological-anatomical diagnoses. *Zhurnal dlya nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya vrachey*. 2016;1(3):87–94. (In Russ.)]
 24. Приказ Минздрава России от 06.08.2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом МЗ и СР РФ от 28.02.2011 г. № 158н». [Prikaz Minzdrava Rossii ot 06.08.2015 g. № 536n «O vnesenii izmeneniy v Pravila obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya, utverzhennyye prikazom MZ i SR RF ot 28.02.2011 g. № 158n». (In Russ.)]
 25. 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». [Prikaz Roszdravnadzora ot 02.11.2005 g. № 2494-Pr/05 «O vvedenii v rabotu sistemy dobrovol'noy sertifikatsii protsessov vypolneniya patomorfologicheskikh (patologoanatomicheskikh) issledovaniy i patologoanatomicheskikh uslug». (In Russ.)]
 26. 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. [Frank G. A., Kovalenko V. L., Podobed O. V., Timofeev I. V., Zairatyants O. V., Malkov P. G., Moskvicheva M. G. *Pravila kliniko-patologoanatomicheskogo analiza letal'nykh iskhodov pri provedenii patologoanatomicheskikh vskrytiy. Uralskii meditsinskii zhurnal*. 2018;2(157):23–29. (In Russ.)]
 27. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 (в последующей редакции приказа от 16.08.2011 г. № 144и т.д.) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». [Prikaz FFOMS ot 01.12.2010 g. № 230 (v posleduyushchey redaktsii prikaza ot 16.08.2011 g. № 144 i t.d.) «Ob utverzhdenii Poryadka organizatsii i provedeniya kontrolya ob'yemov, srokov, kachestva i usloviy predostavleniya meditsinskoj pomoshchi po obyazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniyu». (In Russ.)]
 28. Приказ 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. [Prikaz MG FOMS ot 21.01.2019 g. № 14 «Ob utverzhdenii Reglamenta organizatsii i provedeniya mediko-ekonomicheskoi ekspertizy i ekspertizy kachestva meditsinskoj pomoshchi, okazannoi po Territorialnoi programme OMS goroda Moskvyy. (In Russ.)]
 29. Приказ МЗ СССР от 04.04.1983 г. № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране». Приложение 7. [Prikaz MZ SSSR ot

04.04.1983 г. № 375 «О dalneishem sovershenstvovanii patologoanatomicheskoi sluzhby v strane». Prilozheniye 7. (In Russ.)]

МЗ РСФСР, 1988. [Metodicheskie rekomendatsii «Podgotovka i provedenie kliniko-anatomicheskikh konferentsii». MZ RSFSR, 1988. (In Russ.)]

30. Методические рекомендации «Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций».

Об авторах • Authors

ЗАБОЗЛАЕВ Федор Георгиевич – заслуженный врач РФ, д.м.н., 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 [Fedor G. Zabolzaev, Dr. Sci. (Med.), Prof., The Federal Biomedical Agency, Russian Ministry of Health, Honored Doctor of the Russian Federation]

ЗАЙРАТЪЯНЦ Олег Вадимович – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России [Oleg V. Zairatyants, Dr. Sci. (Med.), Prof., A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation] • 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20 • ovzair@mail.ru • {SPIN-код: 4817-1084, AuthorID: 582025, ORCID: 0000-0003-3606-3823}

КАКТУРСКИЙ Лев Владимирович – д.м.н., проф., научный руководитель ФГБНУ «НИИ морфологии человека», член-корр. РАН, президент Российского общества патологоанатомов [Lev V. Kakturskii, 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}

КЛЕВНО Владимир Александрович – д.м.н., проф., заведующий кафедрой судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского [Vladimir A. Klevno, Dr. Sci. (Med.), Prof., main place of work: Department of Forensic Medicine, M. F. Vladimirovskii Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation] • 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 1, ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского • vladimir.klevno@yandex.ru • {SPIN-код: 2015-6548, AuthorID: 218210, ORCID: 0000-0001-5693-4054}

КУЧУК Сергей Анатольевич – к.м.н., заместитель начальника по экспертной работе ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», доцент кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского [Sergei A. Kuchuk, Cand. Sci. (Med.), Ass. Prof., Bureau of Forensic Medical Expertise of Moscow Region] • 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • kuchuk@sudmedmo.ru • {SPIN-код: 7108-3128, AuthorID: 363290, ORCID: 0000-0002-4778-5090}

МАКСИМОВ Александр Викторович – к.м.н., заместитель начальника по организационно-методической работе ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», доцент кафедры судебной медицины ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского [Aleksandr V. Maksimov, Cand. Sci. (Med.), Ass. Prof., Bureau of Forensic Medical Expertise of Moscow Region] • 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • maksimov@sudmedmo.ru • {SPIN-код: 3134-8457, AuthorID: 848828, ORCID: 0000-0003-1936-4448}

► **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.