

# Клинико-анатомический эпикриз в экспертной практике

д.м.н., проф. В. А. Клевно<sup>1,2</sup>, к.м.н. С. А. Кучук<sup>1,2</sup>, С. А. Жулин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области (нач. – д.м.н., проф. В. А. Клевно),

<sup>2</sup>Кафедра судебной медицины (зав. – д.м.н., проф. В. А. Клевно) ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

**Аннотация:** Статья посвящена клинико-анатомическому эпикризу в судебно-медицинской экспертной практике. Опыт сопоставления клинического и судебно-медицинского диагнозов накопленный в бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области, позволяет авторам дать собственное определение клинико-анатомическому эпикризу как самостоятельной дефиниции, его роли и месту в практической деятельности врача судебно-медицинского эксперта.

**Ключевые слова:** клинико-анатомический эпикриз, судебно-медицинский диагноз

## Clinical-anatomical Epicrisis in Forensic Medical Expert Practice

V. A. Klevno, S. A. Kuchuk, S. A. Zhulin

**Abstract:** The article is devoted to clinical and anatomical epicrisis in forensic medical expert practice. Experience mapping clinical and forensic diagnoses accumulated in the Bureau of forensic medical examination of the Moscow region, allows authors to give their own definition of clinical-anatomical discharge summary as a separate definition, its role and place in the practice of medical forensic expert.

**Keywords:** clinical-anatomical epicrisis, forensic diagnosis

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2016-2-1-21-24>

### ◇ ВВЕДЕНИЕ

Побудительным мотивом к написанию данной статьи явилось отсутствие нормативно-правового регулирования составления клинико-анатомического эпикриза (далее – КАЭ), отсутствие в специальной литературе его определения как понятия, роли и месте КАЭ как самостоятельной дефиниции в практической деятельности врача судебно-медицинского эксперта.

### ◇ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужили 2490 медицинских карт стационарных больных трупов лиц, умерших в стационарах 136 медицинских организаций (далее – МО), расположенных на территории Московской области. Трупы указанных лиц были исследованы в 46 районных судебно-медицинских отделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области. По результатам судебно-медицинского вскрытия трупов, с учетом данных лабораторных исследований были составлены судебно-медицинские диагнозы.

В каждом наблюдении судебно-медицинский диагноз (далее – СМД) сопоставляли с заключительным клиническим диагнозом. В 514 случаях (20,6%) было установлено расхождение между клиническим и судебно-медицинским диагнозами по основному заболеванию (повреждению). Затем в каждом случае сопоставления (2490) составляли КАЭ с указанием причин расхождения в 514 случаях и без расхождения в остальных. Таким образом, во всех 2490 исследованных случаях составляли КАЭ, который вносили в медицинскую карту стационарного больного, после чего отправляли обратно в МО (В. А. Клевно, С. А. Кучук, О. В. Веселкина и др., 2014).

### ◇ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель настоящего исследования состояла в анализе сопоставления судебно-медицинского и клинического диагнозов, выявлении причин расхождения, правильности составления КАЭ, на основе которого предстояло

дать собственное определение КАЭ как самостоятельной дефиниции, роли и месту КАЭ практической деятельности врача судебно-медицинского эксперта.

Результаты исследования и их обсуждение  
**Эпикриз** (от греческого ἐπίκρίσις (epikrisis) – суждение, решение) – суждение о диагнозе, причинах, патогенезе заболевания и результатах лечения больного, производимое после окончания лечения или его определённого этапа, фиксируемое в медицинских документах.

Эпикриз является обязательной составной частью медицинских учетных документов и одним из средств контроля качества оказания медицинской помощи в МО (О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский, 2011; О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский, П. Г. Мальков, 2015).

В случае наступления смерти больного в МО, лечащий врач составляет посмертный эпикриз. По результатам судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупов лиц, умерших в стационарах МО, врач судебно-медицинский эксперт, обязан составить клинико-анатомический эпикриз, определение которого отсутствует в нормативных правовых актах и специальной литературе (В. А. Клевно, С. А. Кучук, О. В. Лысенко и др., 2015).

В связи с чем, считаем необходимым дать собственное определение *клинико-анатомическому эпикризу*.

Клинико-анатомический эпикриз – суждение врача, производившего судебно-медицинское исследование трупа, о причинах, этапах развития болезни (в том числе травматической), оказания медицинской помощи, причинах и механизме смерти, основанное на сопоставлении клинических и морфологических признаков (данных), предназначенное для оценки качества оказанной медицинской помощи.

КАЭ представляет собой клинико-анатомический анализ и синтез обнаруженных морфологических изменений с мнением вскрывающего о патогенетических особенностях диагностического случая, а также о причине и механизме смерти (Б. А. Саркисян, В. Э. Янков-

ский, А. И. Зорькин и др., 2003; В. А. Клевно, С. А. Кучук, В. В. Гайдичук, 2014).

КАЭ является документальным отражением недостатков лечебно-диагностического процесса, выявленных экспертным исследованием. Эпикриз является одной из форм экспертного анализа и потому требует раскрытия в нем, как и в заключении эксперта, сущности причинно-следственной связи, отсутствие которой негативно сказывается на качестве заключения.

Следует отметить, что КАЭ не является составной частью судебно-медицинской документации: *заключения эксперта и акта судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа*.

В то же время, судебно-медицинское исследование трупа, доставленного из стационара МО, предусматривает наряду с формулировкой, построением СМД и его сопоставлением с заключительным клиническим диагнозом, составление КАЭ, который, как и СМД, приобщают к медицинской карте стационарного больного, что дает основание считать КАЭ составной частью медицинской карты стационарного больного.

Медицинская карта стационарного больного с приобщенными к ней СМД и КАЭ подлежит возврату в МО для проведения разбора летального случая на клинико-экспертных комиссиях (далее – КЭК) разного уровня: комиссии и подкомиссии по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ), лечебно-контрольной комиссии (далее – ЛКК) и/или на клинико-анатомической конференции (далее – КАК) с сопоставлением судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов с учетом категории их расхождения.

Судебно-медицинский и заключительный клинический диагнозы сами по себе являются самостоятельными частями медицинских документов. Они не являются отдельными разделами и не входят в структуру КАЭ, а обоснование судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов и ссылки на них составляют содержательную часть самого КАЭ.

В структуре КАЭ следует различать *клиническую и анатомическую части*:

**Клиническая часть** содержит:

- паспортные данные (фамилия, инициалы умершего, его возраст);
- время начала заболевания или момент получения травмы (дату и точное время по возможности);
- особенности клинических симптомов на догоспитальном этапе (при необходимости);
- дату и время поступления в стационар МО, ее наименование, кем доставлен больной (самостоятельно, бригадой скорой медицинской помощи), направительный диагноз;
- особенности клиники, данные обследования при поступлении (следует кратко перечислить наиболее важные симптомы и данные обследования (в том числе инструментального), которые легли в основу установления клинического диагноза (либо, с учетом посмертной диагностики, были упущены врачами);
- основные этапы лечения в больнице: операции, переломные этапы в течении болезни либо травмы (развитие комы, шока, пневмонии, пролежней, проведение ИВЛ);
- когда и как наступила смерть по клиническим данным (постепенно, внезапно). На этом клиническая часть КАЭ заканчивается.

**Анатомическая часть** содержит:

- морфологические находки, обосновывающие СМД, важные заболевания, послужившие фоном, сопоставление клинических и анатомических данных;

- размеры (объем) патологических изменений или травматических изменений во внутренних органах (размеры очага инфаркта миокарда, головного мозга, внутримозговых гематом, размеры травматических повреждений органов).

Составной и обязательной частью КАЭ является **заключение о причине смерти**, где необходимо указать первоначальную и непосредственную причины смерти.

После этого приводятся результаты сопоставления судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов по всем трем рубрикам: «основное заболевание (повреждение)», «осложнение основного заболевания (повреждения)», «сопутствующее заболевание (повреждение)». По результатам сопоставления диагнозов, врачом судебно-медицинским экспертом (в пределах его компетенции) дается оценка выявленным дефектам оказания медицинской помощи.

В случае расхождения диагнозов в рубрике «основное заболевание (повреждение)» выставляется категория расхождения диагнозов, а в КАЭ перечисляются причины расхождения диагнозов, оценивают своевременность диагностики и госпитализации, влияние последних на течение болезни и исход (по мнению врача судебно-медицинского эксперта).

Даже в случаях расхождения судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов КАЭ должен быть кратким и лаконичным, объем текста не превышать двух страниц машинописного текста.

В случаях расхождения диагнозов в рубриках «осложнение основного заболевания (повреждения)», «сопутствующее заболевание (повреждение)» об этом делается запись в КАЭ, но расхождение диагнозов не выставляется, и категория расхождения при этом не определяется.

Основная статистика расхождений диагнозов с определением процента расхождений ведется по нераспознанной **основной нозологической единице** в диагнозе (рубрика: «основное заболевание или повреждение»). В то же время целесообразно выделять (вести учет) и информировать органы управления здравоохранением и их подведомственные МО о нераспознанных смертельных осложнениях, явившихся непосредственной причиной смерти, особенно требующих хирургического либо специфического терапевтического лечения, которое не проводилось.

**Пример:** «При сопоставлении судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов выявлено их расхождение по основному заболеванию (травме) по ... (сущности нозологической формы, этиологии, характеру патологического процесса, локализации поражения, повреждения, полноте диагностики повреждений) в связи с ... кратковременностью пребывания, трудностью диагностики, тяжестью состояния, сокрытием больным важной информации (**объективные причины**); недостаточным обследованием, недоучетом клинических данных, недоучетом анамнестических данных, недоучетом лабораторных, рентгенологических данных, переоценкой лабораторных, рентгенологических данных, не проведением консультаций специалистов, переоценкой диагнозов консультантов, неправильным оформлением и построением диагноза и т.д. (**субъективные причины**). Категория расхождения ... (1-я, 2-я, 3-я)».

Из приведенного примера выше, видно, что в КАЭ **указывают критерий расхождения, причину и категорию расхождения** судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов.

Когда отмечается совпадение диагнозов по основному заболеванию, но не распознано осложнение: «напр.,

при сопоставлении судебно-медицинского и заключительного клинического диагнозов выявлено их совпадение по основному заболеванию (травме), однако не распознано смертельное осложнение».

**Оценка качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.** Для внебольничной летальности (случаи исследования трупов лиц, умерших на дому, улице, в общественном транспорте и т.п.), сопоставление судебно-медицинского и заключительного клинического диагноза имеет свои особенности. В медицинской карте амбулаторного больного должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз. В отличие от медицинской карты стационарного больного, в медицинской карте амбулаторного больного клинический диагноз по объективным причинам может быть неразвернутым. Отсутствие в медицинской карте амбулаторного больного заключительного клинического диагноза отмечают как замечание в оформлении конкретной амбулаторной карты. В *поликлинико-анатомическом эпикризе* указывают на дефекты оформления медицинской документации, случай выносят на рассмотрение КИЛИ в поликлинике или управлении здравоохранения.

Когда заключительный клинический диагноз сформулировать (даже кратко, в неразвернутом виде) не представилось возможным, а тело умершего было направлено на судебно-медицинское исследование для установления причины смерти, сопоставление диагнозов не производят. Такие случаи выделяют в особую группу для анализа на КЭК и для годовых отчетов.

При наличии в медицинской карте амбулаторного больного заключительного клинического диагноза и при его сопоставлении с СМД врач судебно-медицинский эксперт устанавливает факт совпадения или расхождения диагнозов. При расхождении диагнозов не определяют категорию расхождения (она применима только для пациентов, умерших в стационарах). Среди объективных и субъективных причин расхождения диагнозов указывают лишь те, которые не подразумевают госпитализацию больного, например исключена такая причина, как краткость пребывания в стационаре (О. В. Зайратьянц, Л. В. Кактурский, 2011).

Примеры СМД и КАЭ при конкретных нозологиях

#### Пример 1.

Клинический диагноз

**Основное заболевание:** Черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга.

**Осложнения:** Отек головного мозга.

**Сопутствующее заболевание:** ВИЧ-инфекция.

Судебно-медицинский диагноз

**Основное заболевание:** ВИЧ, стадия 4В (СПИД): иммуноблот + № ... от 11.02.13г (ИФА ВИЧ 1–2 «+»); лимфоаденопатия.

**Вторичные заболевания:** диссеминированный туберкулез (поражение легких, печени, лимфоузлов, миокарда и перикарда); множественные очаги казеозного некроза и гранулемы в печени, легком, лимфоузле; церебральный токсоплазмоз (с проявлениями в форме менингоэнцефалита, альтеративно-продуктивной формы, с распространенными некрозами вещества мозга). Фибринозный перикардит, продуктивный миокардит.

**Осложнения:** Отек легких. Отек головного мозга. Паренхиматозная дистрофия и неравномерное кровенаполнение внутренних органов. Кахексия.

Клинико-анатомический эпикриз

Гр-ка И., 1985 г.р., поступила 16.01.2013 г. в ГБ № 1 в тяжелом состоянии, уровень сознания – оглушение.

Менингеальные симптомы положительные, не отрицает ВИЧ. На плечах старые следы инъекций. Признаки левостороннего гемипареза. По данным клинического обследования был определен диагноз: «Черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга». Несмотря на продолжительное лечение, 25.01.2013 г. динамика резко отрицательная, больная контакту не доступна, проведены реанимационные мероприятия, в 14.50ч. констатирована биологическая смерть.

При судебно-медицинской экспертизе трупа установлено:

- иммуноблот + № ... от 11.02.13г (ИФА ВИЧ 1–2 «+»); диссеминированный туберкулез (поражение легких, печени, лимфоузлов, миокарда и перикарда); церебральный токсоплазмоз (с проявлениями в форме менингоэнцефалита альтеративно-продуктивной формы, с распространенными некрозами вещества мозга); лимфоаденопатия; паренхиматозная дистрофия и неравномерное кровенаполнение внутренних органов; отек легких, отек мозга; кахексия.

Признаков черепно-мозговой травмы не установлено.

Смерть гр-ки И., 1985 г.р. наступила от ВИЧ-инфекции, стадия 4В (СПИД) проявившейся вторичными заболеваниями – диссеминированным туберкулезом с поражением легких, печени, лимфоузлов, миокарда и перикарда, церебральным токсоплазмозом, осложнившейся развитием интоксикации, послужившей непосредственной причиной смерти.

При сопоставлении клинического и судебно-медицинского диагнозов выявлено их расхождение по основному заболеванию по сущности нозологии, в связи с недооценкой клинических данных и гипердиагностикой ушиба головного мозга. Категория расхождения 2-я.

Судебно-медицинский эксперт  (подпись)

#### Пример 2.

Клинический диагноз

**Основное заболевание:** Посттравматическая подкожная эмфизема в области шеи и грудной клетки.

**Осложнения:** Очаговая пневмония в нижней доле левого легкого.

**Сопутствующее заболевание:** Хроническая алкогольная интоксикация

Судебно-медицинский диагноз

**Основное повреждение:** Инородное тело (отломок ветки) в правом главном бронхе с повреждением его задней стенки.

**Осложнения:** Пневмомедиастинум. Обширная подкожная эмфизема на шее, в области надплечий и на грудной стенке. Ателектаз правого легкого.

Клинико-анатомический эпикриз

11.12.2012. г. в 11.35 час гр-н В., 28 лет бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в городскую больницу.

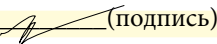
При поступлении жалобы на затрудненное дыхание. Данные жалобы в течение 4 суток, после того как упал в обморок на улице и ударился грудью. Объективно общее состояние оценено как тяжелое. Находился в сознании. Отмечались «бледноватость» кожных покровов, акроцианоз. Дыхание было шумное, клочкотущее, с частотой до 30–32 в минуту. Выявлена подкожная эмфизема шеи. Был осмотрен терапевтом и травматологом. В анамнезе, собранном травматологом отмечено, что 10.12.12.г больной упал в обморок, окружающие пытались разжать зубы подручными средствами. Убедительных данных за травму грудной клетки травматологом



не выявлено. По обзорной рентгенограмме легких рентгенологом были определены двухсторонняя нижнедолевая пневмония, ХОБЛ, хронический обструктивный бронхит, буллезная эмфизема, подкожная эмфизема, пневмомедиастинум.

В 14.00 больной был переведен в ПИТ АРО. При совместном осмотре с зав. отделением определена подкожная эмфизема на шее, груди, плечах. Заподозрен спонтанный (травматический?) пневмомедиастинум. В дневниках за вечер 11.12.2012 г. и утром 12.12.2012 г. записи, указывающие на тяжелое состояние больного, спутанность сознания, периодически психомоторное возбуждение. В 20.05 час в момент осмотра у больного началась фибрилляция желудочков, пульс и АД не определялись. Проведены реанимационные мероприятия. Синусовый ритм восстановился к 20.25 час, но больной остался в коме. В дневниках за 13–14.12.2012 г. отмечается прогрессивное ухудшение состояния с тяжелыми расстройствами гемодинамики и дыхания. Дважды при санации трахеи имеются записи о «сопротивлении» в дыхательных путях. На фоне проводимого медикаментозного лечения, ИВЛ, у пациента 15.12.2012 г. в 3.20 час произошла остановка сердечной деятельности, констатирована биологическая смерть.

При судебно-медицинской экспертизе у гр-на В., 28 лет обнаружен отломок древесной ветки в правом главном бронхе, повреждение стенки бронха. Клинический диагноз: «ХОБЛ, буллезная эмфизема легких», не подтвердился. Таким образом, имеется расхождение клинического и судебно-медицинского диагнозов по основному состоянию (3-й категории). Считаю, что данный случай необходимо разобрать на клинико-анатомической конференции.

Судебно-медицинский эксперт  (подпись)

#### ◇ ВЫВОДЫ

Анализ результатов сопоставления судебно-медицинского и клинического диагнозов, выявил не только причины расхождения диагнозов, но и позволил дать определение КАЭ как самостоятельной дефиниции, отметить роль и место КАЭ в практической деятельности врача судебно-медицинского эксперта.

#### ◇ ЛИТЕРАТУРА

1. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. – 2-е изд., перераб.

и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 576 с.

2. Клевно В. А., Кучук С. А., Гайдичук В. В. Сопоставление заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов – как инструмент улучшения качества оказания медицинской помощи. // Журнал Заместитель главного врача – М. – 2014. – № 5. – С. 50–58.
3. Построение судебно-медицинского диагноза, клинико-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений (методическое пособие) / Саркисян Б. А., Янковский В. Э., Зорькин А. И. и др. / – Барнаул, 2003. – 122 с.
4. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области в 2013 году: ежегодный бюллетень / [Клевно В. А., Кучук С. А., Веселкина О. В. и др.]; под ред. проф. В. А. Клевно – М.: ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», 2014. – 336 с.: ил.
5. 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. – 340 с.: ил. ISBN 978-5-9905503-4-6.
6. Зайратьянц. О. В, Кактурский. Л. В, Мальков. П. Г. Современные требования к формулировке диагноза в соответствии с законодательством Российской Федерации и Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра – Том 1-№ 4-14 • #DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-4-14-20
7. Клевно В. А., Лысенко О. В. Причины смерти в судебно-медицинском диагнозе // Журнал Судебная медицина. – 2015. – № 4. – С. 21–23. • #DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-4-21-23
8. Клевно В. А., Кучук С. А., Лысенко О. В., Челан В. Е. Методические основы построения судебно-медицинского диагноза. // Журнал Судебная медицина. – 2015. – № 3. – С. 25–29. • #DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-3-25-29
9. Клевно В. А., Кучук С. А., Лысенко О. В. Судебно-медицинский диагноз в экспертной практике. // Журнал Судебная медицина. – 2015. – № 3. – С. 30–33. • #DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-3-30-33
10. Кучук С. А., Клевно В. А. Сопоставление судебно-медицинского и клинического диагнозов – инструмент повышения качества медицинской помощи. // Журнал Судебная медицина. – 2015. – № 2. – С. 22–24. • #DOI: 10.19048/2411-8729-2015-1-2-21-107

#### Для корреспонденции:

**КЛЕВНО Владимир Александрович** — {#orcid: 0000-0001-5693-4054 #spin: 2015-6548} начальник государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского • (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ») 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1; (ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского») 129110, г. Москва, ул. Щепкина 61/2, корпус 1, «Административный» подъезд • vladimir.klevno@yandex.ru.

**КУЧУК Сергей Анатольевич** — заместитель начальника по организационно-методической работе государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», доцент по кафедре судебной медицины ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского • (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ») 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1; (ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского») 129110, г. Москва, ул. Щепкина 61/2, корпус 1, «Административный» подъезд • kuchuk@sudmedmo.ru

**ЖУЛИН Сергей Александрович** — заведующий Красногорским СМО государственного бюджетного учреждения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ») • 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1 • zhulin@sudmedmo.ru