

*В условиях обеспечения клинической медицины современными высокотехнологичными возможностями диагностики повышается уровень требований к качеству оказания медицинской помощи. Соответственно и оформление всех медицинских документов должно быть грамотным, прежде всего юридически выверенным. Авторы статьи обращают внимание на законодательно закрепленный порядок оформления двух диагнозов в медицинской карте пациента при летальном исходе: врача-специалиста и патологоанатома. При этом часто имеет место расхождение диагнозов, которое закладывает основание для непонимания родственниками, законными представителями умерших клинического видения данного случая, а значит и для судебных исков. В качестве меры, способствующей решению данной проблемы, предлагается сформировать единый стандартизированный подход к оформлению медицинской карты больного, результатом которого будет создание совместного окончательного диагноза врача-специалиста и патологоанатома.*

## **Единый стандартизированный подход к оформлению медицинской карты больного при летальном исходе**

**В.А. Козырев,**

*зав. межрайонным отделением ОБУЗ “Бюро судебно-медицинской экспертизы”  
Департамента здравоохранения Ивановской области*

**И.И. Козырева,**

*зам. главного врача по медицинской части МБУЗ ГКБ № 1 г. Иваново,*

**А.Н. Чикин,**

*канд. мед. наук, главный врач МБУЗ ГКБ № 1 г. Иваново, зав. кафедрой хирургии,*

**А.В. Бурсиков,**

*д-р мед. наук, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней,*

**Р.В. Калинин,**

*ассистент кафедры судебной медицины, правоведения и биоэтики,*

*ФПДО ГБОУ ВПО “Ивановская государственная медицинская академия”  
Минздравсоцразвития России,*

Диагноз – краткое врачебное заключение о патологическом 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.

В соответствии с п. 6 ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (далее – За-

---

кон № 323-ФЗ), “диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием”.

К диагнозу предъявляются следующие требования: он должен быть фактически и логически обоснованным, структурно оформленным в виде унифицированных рубрик, нозологическим, развернутым, патогенетическим, своевременным<sup>1</sup>.

В приказе Минздрава России от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта “Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении”» указывается, что нозологическая форма – это 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.

Закон № 323-ФЗ дает также определение понятия **“диагностика”**: “комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований **в целях определения диагноза**, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий”.

Таким образом, диагноз – это совокупный продукт различных методов диагностики, “единый знаменатель” подходов и мнений разных специалистов в оценке данного больного. Но на современном этапе при анализе летального исхода такой единый целостный комплексный подход как формально, так и по существу отсутствует.

## **Порядок оформления заключительного диагноза при летальном исходе**

Традиционные принципы формулировки диагноза, основанные на исключительной значимости морфологического подхода и укоренившиеся в медицине, чреватые недостатком полной оценкой существа болезни (патологического процесса) и могут привести к исключению из диагноза принципиально важных позиций<sup>2</sup>.

На сегодняшний день взаимодействие врача-специалиста с патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом выглядит следующим образом. В случае смерти пациента врач оформляет заключительный клинический диагноз, который “завершает” официальный документ – медицинскую карту, и направляет труп на исследование. Медицинская карта является документом, отражающим выполнение медицинских стандартов по отношению к данному пациенту.

После исследования трупа патологоанатом (или судебно-медицинский эксперт), в свою очередь, оформляет патолого-анатомическое заключение

---

<sup>1</sup> Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патолого-анатомического диагнозов: справочник М.: МИА, 2008.

<sup>2</sup> Селезнев С.А. и соавторы. Травматическая болезнь и ее осложнения. СПб.: Политехника, 2004.

с эпикризом, которые завершают официальный документ – протокол исследования трупа. В эпикризе патологоанатом кратко касается сущности заболевания, диагностики, а также и лечения, решает вопросы о совпадении или расхождении клинического и патолого-анатомического диагнозов. Патолого-анатомическое заключение с эпикризом прилагаются к медицинской карте.

В дальнейшем проводятся **врачебная комиссия и клинико-анатомическая конференция**<sup>1</sup>, на которых обсуждают заболевание (травму) пациента, проведенное лечение, имеет ли место расхождение диагнозов, если имеет, то указывается категория расхождения. На конференциях возникают и дискуссии между врачами разных или одной специальности по различным аспектам этиологии заболевания, пато- и танатогенеза у данного пациента, вплоть до обсуждения нозологической формы патологии.

Несмотря на достигаемое в большинстве случаев единое мнение, в протоколе конференции единый (сводный) диагноз, даже в случае расхождения диагнозов, официально не оформляется, т. к. это не регламентировано нормативными документами. Он не появляется и в дальнейшем – ни в протоколе вскрытия, ни в медицинской карте. Его “заменяет” неясное по формальному признаку резюме.

При совпадении патолого-анатомический и клинический диагнозы не всегда (практически никогда) не бывают идентичны по оформлению, формулировке заболеваний и патологических процессов, их очередности, степени выраженности и т. д.<sup>2</sup>

Таким образом, перед сдачей в архив в медицинской карте имеются два диагноза и два эпикриза (клинический и патолого-анатомический), т. е. по сути два заключительных диагноза у одного больного.

Необходимо отметить, что Закон № 323-ФЗ не закрепляет подобный порядок, нормативно не подтверждая существование двух диагнозов: патологоанатома и лечащего врача.



### Цитируем документ

Статья 67. Проведение патолого-анатомических вскрытий

1. Патолого-анатомические вскрытия проводятся врачами соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и **диагнозе заболевания**.

<...>

Статья 70. Лечащий врач

5. Лечащий врач устанавливает **диагноз**, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента.

*Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ  
“Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”*

В связи с этим возникает вопрос: какой диагноз прочитают родственники, адвокат или другие законные представители умершего пациента и, в случае необходимости, возьмут за основу иска? Клинический? Патолого-анатомический? Да какой им нужен, такой и возьмут!

<sup>1</sup> Порядок проведения клинико-анатомических конференций регламентируется Положением о порядке организации и проведения клинико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденном приказом Минздрава СССР от 04.04.1983 № 375.

<sup>2</sup> *Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.* Указ. соч.

## Роль врача-специалиста при постановке заключительного диагноза

Сама суть определения диагноза и нозологической единицы (формы) для данного конкретного больного исключает возможность наличия особого патолого-анатомического диагноза. Часть (патолого-анатомический этап диагностики) не может быть больше или равной целому (пониманию сущности болезни от начала до конца на всех этапах).

Недаром в Большой медицинской энциклопедии говорится о морфологическом компоненте нозологической единицы, болезни. При этом указывается, что «патолого-анатомический диагноз является итогом заключительного этапа диагностического процесса, уточняющего прижизненный диагноз»<sup>1</sup>.

Крупнейшие отечественные патологоанатомы (Автандилов Г.Г., Давыдовский И.В., Смольянинов А.В. и Хмельницкий О.К.) также придерживаются мнения, что патолого-анатомическое исследование – это заключительный и завершающий этап диагностического процесса познания болезни. Именно этап, а не отдельно взятое мнение в виде «своего» диагноза<sup>2,3,4</sup>.

### К сведению

Тенденция к тому, что патолого-анатомический диагноз как самодостаточный приобрел отчасти и приоритет над клиническим диагнозом, наметилась в нашей стране в период деятельности Давыдовского И.В., видного советского патологоанатома. В исторической лекции, прочитанной в 1935 г. на 100-й клинико-анатомической конференции в Городской клинической больнице № 23 им. «Медсантруд» Давыдовский указывал: «...Но совершенно очевидно, что для того, чтобы авторитетно вмешиваться в работу клинициста, для этого надо иметь с последним общий язык. Отсюда вывод: патологическая анатомия на больничном дворе должна быть одновременно и клинической дисциплиной. Как же представить себе перестройку работы патологоанатома? ... ее нужно перестроить в том отношении, чтобы прозектуры были не узко морфологическими (анатомическими) отделениями (театрами), а отделениями патологии в широком смысле этого слова, то есть патологическими институтами... ..патологическая морфология будет отправным пунктом всякой другой, то есть неморфологической области работы, как то: биохимии, эксперимента, микробиологических изысканий и т. д.» Как же предлагал Давыдовский И.В. достигнуть этого? «Именно с помощью этих конференций (клинико-анатомических – *Примеч. авт.*) прозектор переродится в патолога, а анатомический театр в патологический институт»<sup>5</sup>.

В других работах Давыдовский И.В., будучи по специальности патологоанатомом, высказывался еще более определенно: «...поскольку среди теоретических дисциплин, непосредственно изучающих человека, важнейшей является патологическая анатомия, постольку и основой общей патологии человека должна быть именно эта наука»<sup>6</sup>.

Его поддержал и другой патологоанатом, Автандилов Г.Г.: «... Древнее изречение «кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит», определяющее сущность медицины, в настоящее время относится к патологоанатому. Врач-патологоанатом по существу своей деятельности стал «врачом-патологом»»<sup>7</sup>.

Но что же представляет собой общая патология?

По мнению Саркисова Д.С., общая патология представляет собой концентрированный опыт всех отраслей медицины, оцененный с широких биологических позиций. Это система

<sup>1</sup> Большая Медицинская Энциклопедия. 3 изд-е. Т. 7, раздел «Диагноз». 1977.

<sup>2</sup> Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М.: РМАПО, 1994. 512 с.

<sup>3</sup> Давыдовский И.В. Общая патология человека. М.: Медицина, 1969. 611 с.

<sup>4</sup> Смольянинов А.В., Хмельницкий О.К., Петленко В.П. Теоретические основы морфологического диагноза. СПб., 1995.

<sup>5</sup> Название статьи? // Главврач. 1999. № 2. С.?

<sup>6</sup> Давыдовский И.В. Указ. соч.

<sup>7</sup> Автандилов Г.Г. Указ. соч.

представлений об основных закономерностях болезней человека как целостных биологических явлениях<sup>1</sup>.

На определенном этапе развития медицины (примерно до середины XIX в.) врач в какой-то мере и был патологом, единым в трех лицах (анатом, физиолог, химик). При этом клиническая медицина в своих возможностях не имела мощной технической базы, позволявшей заниматься прижизненной анатомией и морфологией. Конечно же, патолого-анатомический диагноз “звучал”.

Но примерно с середины XX в. происходят коренные изменения в клиническом разделе медицины. Появление и быстрое развитие “клинической физиологии”, “клинической морфологии”, “клинической иммунологии”, “клинической биохимии и фармакологии”, “медицинской генетики”, принципиально новых методов рентгенологического исследования, эндоскопии, эхографии, компьютерной томографии и т. д. привело к принципиально новой возможности наблюдать на больном человеке не только функциональные, но и структурные изменения органов, тканей и даже отдельных клеток практически на всех этапах патологического процесса, начиная с так называемого доклинического<sup>2,3</sup>.

На данном этапе развития клинической медицины, при современном состоянии инструментальной и лабораторной диагностики, врач-специалист обладает набором данных о пациенте, намного превосходящих по значимости в оценке этиологии, патогенеза и саногенеза, танатогенеза сведения, получаемые патологоанатомом при нынешнем развитии патолого-анатомической службы.

Все более широкое использование в клинической практике неинвазивных методов исследования позволяет визуально определять локализацию, размеры и даже в известной степени характер патологического процесса, что открывает перспективы прижизненной патологической анатомии, т. е. наблюдаемой не прозектором у секционного стола, а врачом у постели больного. Таким образом, врач-специалист совмещает в себе и клинициста, и морфолога, и патофизиолога.

Как правило, пациентов в стационарах наблюдают врач приемного отделения, лечащий врач отделения с контролем заведующего отделением, врачи других специальностей (узкие специалисты, врачи палаты интенсивной терапии). В сложных случаях собираются консилиумы, в т. ч. с участием ведущих сотрудников клинических кафедр. Также по ходу диагностических мероприятий врач-специалист использует заключения врачей-лаборантов, врачей, осуществляющих инструментальные и другие методы исследования.

И мнениям этих специалистов, отраженным в клиническом диагнозе, по сути, противопоставляется мнение в виде патолого-анатомического диагноза и эпикриза одного врача-патологоанатома, зачастую не обладающего теми знаниями, в т. ч. и по лечению, которыми владеют врачи-клиницисты.

## Роль патологоанатома при постановке заключительного диагноза

Патологоанатомы предлагают в патолого-анатомическом эпикризе отражать следующие моменты:

- анализ процессов, обусловленных лечебно-диагностическими процедурами, и их влияние на клинико-морфологические проявления болезни;
- при оперативных вмешательствах – обоснованность, своевременность и их объем;



Врач-специалист совмещает в себе и клинициста, и морфолога, и патофизиолога

<sup>1</sup> Общая патология человека: руководство для врачей. М.: Медицина, 1990.

<sup>2</sup> Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. М.: Медицина, 1988. 336 с.

<sup>3</sup> Саркисов Д.С. Структурные основы адаптации и компенсации нарушенных функций. М.: Медицина, 1987. 448 с.

- объяснение характера клинических проявлений, с обращением особого внимания на причины ошибочной трактовки в клинике обнаруженных патологических изменений<sup>1</sup>.

До сих пор в российском медицинском сообществе как составной части всего населения бытует мнение, что патологоанатом знает все – “вскрытие покажет”. Патологоанатому необоснованно приданы качества общего патолога (анатома, физиолога и химика).

На сегодняшний день сопутствующим эффектам, осложнениям медицинских вмешательств посвящено много научных работ. При этом особенно сложны для оценки их роли в патогенезе и танатогенезе эффекты, обусловленные введением различных химических веществ (лекарств) со сложной фармакокинетикой (например наркоз). Патологоанатомы и судебные медики часто не замечают эти моменты.

При этом, как правило, никто не контролирует качество работы патологоанатома. В специальной литературе практически нет данных об ошибках патологоанатомов, повлекших за собой, например, необоснованные иски к больнице.

Для работы терапевтом, хирургом, реаниматологом, гинекологом, инфекционистом, эндокринологом необходимо пройти первичную специализацию, иметь сертификат. Подготовка патологоанатома в нынешних условиях – это подготовка достаточно узких специалистов в своей области диагностики, а отнюдь не подготовка патологов. На современном этапе вузовской подготовки и первичных специализаций патологоанатомами становятся лица, не представляющие отчетливо работу и ответственность врача-специалиста, не изучающие клинику и диагностику.

Патологоанатом обладает данными о структурных изменениях к моменту смерти. Построение одним узким специалистом (патологоанатомом) этиопатогенетической, правильно оформленной, логически обоснованной модели болезни задним числом, без познаний в клинических дисциплинах, без знаний лечебного процесса, методами патоанатомии XIX – середины XX вв., на современном этапе представляется невозможным.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится с участием врачей разных специальностей. По сути, именно эксперты-клиницисты, обладая специальными познаниями, оценивают качество диагностики и лечения с оценкой морфологических исследований, как прижизненных, так и посмертных.

В то же время, в случае патолого-анатомических исследований трупов, патологоанатом единолично составляет и диагноз, и эпикриз, т. е. по сути оценивает качество диагностики и лечения. Допускается, что патологоанатом, составляя свой диагноз, обладает всеми знаниями по данной патологии, тактике лечения и единолично, со знанием дела проанализировал все данные, в т. ч. и проведенное лечение.

Вследствие этого на практике патологоанатом фактически и необоснованно становится еще одним негласным контролером работы врача-специалиста.

Не напрашивается ли вывод о выходе патологоанатома за пределы своей компетенции?



*Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится с участием врачей разных специальностей, а в случае патолого-анатомических исследований трупов, патологоанатом единолично составляет и диагноз, и эпикриз*

<sup>1</sup> Общая патология человека: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1990.

## Выводы и предложения

1. В нашей стране диагноз принимается как официальное заключение о заболевании и (или) причине смерти больного. Не могут существовать на равных – в процессуальном, официальном и формальном отношении – после смерти пациента и разбора случая два диагноза и эпикриза в медицинской карте.

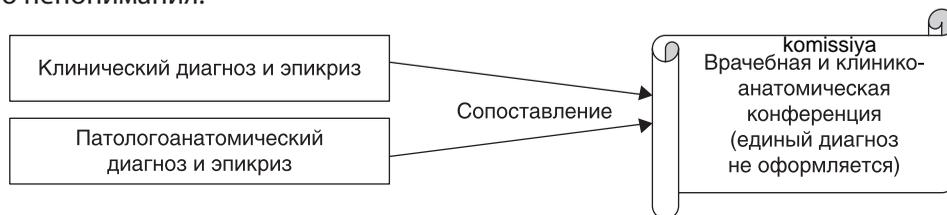
2. Обладая прижизненными данными о функционально-структурных изменениях у больного, а также прилагаемыми впоследствии данными по смертной диагностике, клинический специалист может устанавливать целостную единую сущность болезни.

3. Выделяя патолого-анатомическое исследование из диагностического процесса, предоставляя право патологоанатому как узкому специалисту оформлять отдельные диагнозы и эпикризы, мы закладываем основание для непонимания родственниками, законными представителями умерших клинического видения данного случая, а значит и для исков.

4. К исследованию трупа следует подходить как к очередному диагностическому этапу, пусть и посмертному. В таком случае патологоанатом как один из специалистов помогает врачу диагностировать имевшийся патологический процесс. То есть после проведения вскрытия должно появляться еще одно заключение специалиста без эпикриза, а не “особый” диагноз с мнением узкого специалиста. Диагностический этап продолжается, завершается и оформляется как окончательный диагноз при клинко-анатомическом разборе случая летального исхода.

5. По итогам врачебных и клинко-анатомических конференций должен обязательно оформляться заключительный клинко-морфологический единый диагноз с его включением в медицинскую карту (рисунок). Такой диагноз в большинстве случаев позволит избежать вопросов, касающихся причины смерти и ее связи с нахождением больного в стационаре (даже предупредить такие вопросы).

Предлагаемые методические изменения позволят, кроме всего прочего, изменить взаимодействие врачей-специалистов и патологоанатома при разборе случая, исключив сличение и противопоставление диагнозов, а также сгладив эмоциональный накал существующей “состязательности” и взаимного непонимания.



*Единый диагностический процесс, разделенный по формальному признаку "патолого-анатомическим диагнозом" на два самостоятельных процесса*



*Единый диагностический процесс как целое и его части*

Предлагаемый порядок оформления единого заключительного диагноза при летальном исходе