

ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ

Понятия "совпадение" или "расхождение" клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сопоставления (сличения) рубрик "основное заболевание" (первоначальная причина счерты). Сличение диагнозов по другим рубрикам, в частности, по осложнениям, по смертельному осложнению (непосредственной причине смерти), основным сопутствующим заболеваниям проводится отдельно, представляет собой самостоятельный статистический анализ и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов, а указывается дополнительно, например в клинко-анатомическом эпикризе: диагнозы совпали, но не распознано смертельное осложнение (или сопутствующее заболевание).

При сличении диагнозов учитывается только тот заключительный клинический диагноз, который вынесен на титульный лист истории болезни или указан как заключительный в амбулаторной карте умершего. Нерубрифицированные или со знаком вопроса клинические диагнозы не позволяют провести их сличение с патологоанатомическим, что во всех случаях должно рассматриваться как расхождение диагнозов по II категории (причина – неправильная формулировка или оформление диагноза).

При решении вопроса о совпадении или расхождении диагнозов сличаются все нозологические единицы, указанные в составе основного заболевания. При комбинированном основном заболевании диагностированное любое из конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний, а также их гипердиагностика представляет собой расхождение диагнозов. В патологоанатомическом диагнозе по сравнению с клиническим может измениться очередность конку-

рирующих или сочетанных заболеваний (то, которое было на первом месте перейдет на второе и наоборот). Этому следует избегать и, в случаях совпадения диагнозов, оставлять очередность, принятую в клиническом диагнозе. Однако, если есть убедительная объективная причина для изменения очередности нозологических форм в диагнозе, но все нозологические единицы, входящие в комбинированное основное заболевание совпадают, выставляется совпадение диагнозов, а в клинко-анатомическом эпикризе обосновывается причина изменения структуры диагноза.

Расхождением диагнозов считается несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания по ее сущности (наличие другой нозологии – гиподиагностика, или отсутствие данной нозологии (гипердиагностика), по локализации (в том числе в органах, таких как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка и ее шейка, почки, поджелудочная железа, сердце и др.), по этиологии, по характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта – ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние), а также случаи поздней (несвоевременной) диагностики).

Для клинко-экспертного анализа при расхождении диагнозов указывают категорию расхождения (категория диагностической ошибки) и причину расхождения (одну из групп объективных и субъективных).

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

I категория расхождения диагнозов – в данном лечебном учреждении правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная еще во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла в данном лечебном учреждении на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I –ой категории всегда объективные.

II категория расхождения диагнозов – правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания. Таким образом, часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (и не переводится при этом в I категорию), а часть – субъективных причин.

III категория расхождения диагнозов – правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению (терапевтическому, хирургическому), что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания. Причины диагностической ошибки при расхождении диагнозов по III категории также могут быть как объективными, так и субъективными.

Независимо от категории расхождения выделяют причины расхождения диагнозов (объективные и субъективные).

Объективные причины расхождения диагнозов включают в себя:

- кратковременность пребывания больного в медицинском учреждении (краткость пребывания). Для большинства заболеваний нормативный срок диагностики составляет 3 суток, но для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев ургентной

хирургии этот срок индивидуален и может быть равен нескольким часам.

- трудность диагностики заболевания. Использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данного медицинского учреждения, атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили выставить правильный диагноз.

- тяжесть состояния больного. Диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания).

Субъективные причины расхождения диагнозов включают в себя: недостаточное обследование больного, недоучет анамнестических данных, недоучет клинических данных,

- недоучет или переоценка данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования, недоучет или переоценка заключения консультанта,

- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

Следует стремиться выделить одну, главную причину расхождения диагнозов, так заключение содержащее несколько причин одновременно либо неверно (сочетание объективной и субъективной причин), либо малоинформативно и крайне затрудняет последующий статистический анализ.

Важно отметить, что каждый клинико-анатомический эпикриз протокола патологоанатомического вскрытия должен содержать заключение врача-патологоанатома о факте совпадения или расхождения диагнозов, а также о распознанных или нераспознанных осложнениях (особенно смертельного) и важнейших сопутствующих заболеваниях. В случае расхождения диагнозов должны быть указаны категория и причина расхождения, а при совпадении диагнозов, но нераспознанных смертельном ос-

ложении или сопутствующих заболеваний – причины диагностических ошибок. Это заключение выносится патологоанатомическим отделением на заседание подкомиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) или, далее – лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), на клинко-анатомическую конференцию, где врач-патологоанатом или заведующий патологоанатомическим отделением аргументированно доказывает представленную точку зрения. Допустимо в исключительных случаях, требующих дополнительного клинко-анатомического анализа выносить на комиссии вопрос о категории и причинах расхождения диагнозов, но не сам факт расхождения или совпадения диагнозов. Окончательное клинко-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально, комиссией (КИЛИ, ЛКК, КАК). В случае несогласия врача-патологоанатома или другого специалиста с заключением комиссии, это фиксируется в протоколе заседания комиссии и вопрос передается в вышестоящую комиссию в соответствии с нормативными документами.

Для внебольничной летальности – для умерших на дому, сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет свои особенности. Прежде всего, необходимо требовать оформления амбулаторных карт, передаваемых в патологоанатомическое отделение в соответствии с нормативными документами. Должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз, а их отсутствие в

амбулаторной карте отмечается как замечание в клинко-анатомическом эпикризе (сопоставление диагнозов не может быть выполнено).

В случаях, когда клинический диагноз сформулировать не представляется возможным и тело умершего направляется на патологоанатомическое вскрытие для установления причины смерти, сопоставления диагнозов не производится и такие случаи выделяются в особую группу для анализа на клинко-экспертных комиссиях и для годовых отчетов.

При наличии заключительного клинического диагноза при его сопоставлении с патологоанатомическим выясняют наличие совпадения или расхождения диагнозов. При расхождении диагнозов – не определяют категорию расхождения (она применима только для умерших больных в стационарах). Среди объективных и субъективных причин расхождения диагнозов указывают лишь те, которые не подразумевают госпитализацию больного (исключены такие причины, как краткость пребывания в стационаре, ошибки консультантов и др.).

Рекомендуется регулярно (ежеквартально) проводить совместно с амбулаторно-поликлиническими учреждениями заседания клинко-экспертных комиссий по анализу летальных исходов. При необходимости следует привлекать к такому анализу специалистов и руководство органов управления здравоохранением.

Источник: Методические рекомендации "Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов" (авторы Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Авандилов Г.Г.)