

Подобед О. В., Коваленко В. Л., Казачков Е. Л., Дуб А. А., Маслов Р. С.

Правила составления клинико-патологоанатомического эпикриза при патологоанатомическом вскрытии на современном этапе

ФГБОУВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск.

Podobed O.V., Kovalenko V. L., Kazachkov Ye. L., Dub A. A., Maslov R.S.

The rules of composition of clinical and pathological epicrisis in post mortem autopsy at the present stage

Резюме

Клинико-патологоанатомический эпикриз является важной составной частью Учетных форм №013/У «Протокол патолого-анатомического вскрытия» и №013-1/У «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного», отражающим суждение прозектора о характере заболеваний, их этиологических, патогенетических, клинико-морфологических особенностях, танатогенезе, причине смерти больного. Однако в настоящее время отсутствует унифицированный подход к его оформлению. В статье предложены правила составления клинико-патологоанатомического эпикриза на современном этапе, приведен перечень вопросов, на которые должен дать ответ врач-патологоанатом на основе проведения клинико-патологоанатомических сопоставлений.

Ключевые слова: клинико-патологоанатомический эпикриз, патологоанатомическое вскрытие, летальный исход

Summary

Clinical and pathological epicrisis is an important component of the Documents "Protocol of Post Mortem Autopsy" and "Protocol of Post Mortem Autopsy of Fetus, Stillbirth or Newborn", reflecting the opinion of the prosector on the nature of diseases, their etiological, pathogenetic, clinical and morphological features, thanatogenesis, the cause of death of the patient. However, at present there is no unified approach to its design. The article proposes the rules for compiling a clinical and pathological epicrisis at the present stage, a list of questions to be answered by a pathologist on the basis of clinical and pathological comparisons.

Key words: clinical and pathological epicrisis, post mortem autopsy, lethal outcome

Введение

Клинико-патологоанатомический эпикриз (КПАЭ) является обязательным завершающим пунктом (38 или 47) Учетных форм №013/У «Протокол патолого-анатомического вскрытия» и №013-1/У «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного», утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ №354н от 06 июня 2013 г. «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий». Однако и в указанных пунктах, и в комментариях к ним [1] отсутствуют правила составления КПАЭ. Между тем, они были детально разработаны отечественными патологоанатомами в середине XX - начале XXI века и не могут быть игнорированы на современном этапе. Важным представляется и то, что в этих пунктах нормативных документов врач-патологоанатом на основании проведения клинико-патологоанатомических параллелей и сопоставлений высказывает свое суждение об этиологии страдания, его патогенезе, особенностях клинической,

морфологической картины и танатогенеза конкретного наблюдения [2, 3, 4].

Оформление КПАЭ целесообразно начинать с высказывания мнения о танатологических аспектах случая с учетом кондиционалистского подхода к оценке причины смерти и выделять группы летальных исходов с моно-, би- и мультикаузальным генезом смерти, а также рубрификацией причин смерти в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10). При оценке перинатальной летальности необходимо учитывать не только основное и коморбидные заболевания ребенка (плода), но и неблагоприятное влияние болезней матери. Оценку ятрогенных заболеваний в классическом понимании этого термина следует проводить с позиций учения о «вторых болезнях» [5].

Полагаем, что далее в КПАЭ должны быть отражены следующие аспекты:

1) обоснование диагноза основного заболевания с указанием, почему именно оно, а не другое из обнару-

женных болезней признано основным (при необходимости проведение дифференциального диагноза);

2) краткая характеристика основного заболевания: его давность, клиническая форма, основная симптоматика, тип течения, стадия развития, степень активности, функциональные нарушения;

3) танатогенетическая роль и особенности коморбидных заболеваний;

4) характеристика осложнений основного заболевания с выделением ведущего смертельного осложнения, обоснованием непосредственной причины смерти (морфофункциональные изменения, которые вызвали расстройство, несовместимые с жизнью); определение механизма умирания;

5) морфологические особенности наиболее важных проявлений болезни;

6) анализ проявлений патоморфоза;

7) осложнения профилактических, диагностических, лечебных, реанимационных мероприятий, их роль в механизме наступления смерти и категория (I, II, III) [6];

8) результаты сличения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию (коморбидному заболеванию при его наличии), ведущему смертельному осложнению (при совпадении диагнозов по основному (коморбидному) заболеванию) с указанием их категории (I, II, III) и причины (объективная или субъективная); при отсутствии расхождений по другим рубрикам диагнозов - результаты сличения по сопутствующей патологии;

9) другие дефекты оказания медицинской помощи (запоздавшая диагностика, поздняя госпитализация) и их причины, влияние на лечение и исход болезни;


10) оценка предотвратимости летального исхода; в случае констатации предотвратимой смерти определение группы предотвратимых причин - А, В, С.

С учетом изложенных положений нами проведен клиничко-патологоанатомический анализ в 500 случаях ненасильственной смерти взрослых по материалам ГБУЗ «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» и Клиники ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России за 2014-15 год, позволивший установить, что одно основное заболевание возглавило патологоанатомический диагноз в 212 (42,4%) случаях. В остальных наблюдениях (288 – 57,6%) генез смерти оценен как би- или мультикаузальный с отражением в патологоанатомическом диагнозе коморбидных заболеваний. Расхождения диагнозов по основному заболеванию выставлены в 119 случаях (23,8%). В 92 (18,4%) наблюдениях они отнесены ко II категории, в 16 (3,2%) – к III, еще в 11 (2,2%) – к I категории. Среди причин, приведших к ошибочной диагностике, превалировали субъективные (91 – 18,2%). Расхождения диагнозов по ведущему смертельному осложнению зарегистрированы в 28 (5,6%) наблюдениях, при этом также преобладали расхождения II категории (18 – 3,6%), допущенные по субъективным причинам. К III категории были отнесены лишь 5 из них (1,0%). Другие дефекты диагностики, преимущественно

поздняя госпитализация, запоздавшая диагностика основного заболевания или смертельного осложнения отмечены в 24 (4,8%) случаях. В то же время результатом клиничко-патологоанатомических сопоставлений, проведенных с использованием основных положений учения о предотвратимой смерти явилось отнесение 90 (18,0%) случаев к группе А (возможность реализации профилактических мероприятий только силами системы здравоохранения), по 159 (31,8%) – к группам В (возможность реализации профилактических мероприятий силами системы здравоохранения с привлечением других ведомств и общественных организаций) и С (возможность реализации профилактических мероприятий силами системы здравоохранения при условии изменения государственной политики в области охраны здоровья), а 92 (18,4%) наблюдений – к предотвратимой смерти. Представленная информация, на наш взгляд, должна быть подробно отражена в клиничко-патологоанатомическом эпикризе.

Вполне возможно некоторое изменение последовательности ответов на поставленные вопросы при составлении КПАЭ в зависимости от особенностей наблюдения. Однако в каждом случае необходимо дать полноценные ответы на представленные в алгоритме вопросы. Написание же редуцированных эпикризов является лишь формальной отпиской и не представляет никакой практической ценности.

Заключение

Составление КПАЭ должно осуществляться в соответствии с унифицированными правилами. Задачей врача-патологоанатома является наиболее полное представление в нем своего суждения о характере заболеваний, их этиологических, патогенетических, клиничко-морфологических особенностях, танатогенезе, патоморфозе, причине смерти больного, а также о дефектах оказания медицинской помощи и предотвратимости летального исхода. В целом качество КПАЭ является отражением динамики логического и диагностического мышления прозектора и уровня его квалификации. ■ 

Подобед О. В., к. м. н., доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Коваленко В. Л., д. м. н., член-корр. РАН, профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Казачков Е. Л., д. м. н., профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Дуб А. А., д. м. н., профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Маслов Р. С., аспирант кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Автор, ответственный за переписку: Подобед Ольга Вячеславовна, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. e-mail: podobed.olga2013@yandex.ru, сот. тел. 89127769279.

Литература:

1. *Патолого-анатомические исследования: нормативные документы. Под ред. Франка Г. А., Малькова П. Г., Минздрав России. М.: Практическая медицина, 2017.*
2. *Абрикосов А. И. Техника патологоанатомического вскрытия трупов. М.: Медгиз, 1939.*
3. *Автандилов Г. Г. Основы патологоанатомической практики. Руководство. М.: РМАПО, 1994.*
4. *Пальцев М. А., Коваленко В. Л., Аничков Н. М. Руководство по биопсийно-секционному курсу: Учебное пособие. М.: Медицина, 2002.*
5. *Смольяников А. В. Современная клиника и проблема «второй болезни». Архив патологии. 1979; №7: 20-25.*
6. *Инструктивное письмо Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 02.03.1999 «Принципы взаимодействия патологоанатомической службы с лечебно-профилактическими учреждениями Санкт-Петербурга». doi: <http://legrad.info/1999/03/obrazec112267.htm>.*