

Подобед О.В., Коваленко В.Л., Москвичева М.Г.

## Клинико-патолого-анатомический анализ летальных исходов: современные подходы к проведению

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

Podobed O.V., Kovalenko V.L., Moskvicheva M.G.

### The clinical and pathological analysis of deaths: modern approaches

#### Резюме

Цель исследования – создание унифицированного подхода к проведению клинико-патолого-анатомического анализа летальных исходов. Материалы и методы: проведен повторный танатологический анализ в 1000 случаев с установлением характера и причин расхождений диагнозов, оценкой предотвратимости смерти, выявлением частоты и характера дефектов оказания медицинской помощи. Расхождения заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов по основному заболеванию выявлены в 25.6% наблюдений. В то же время смерть 76.7% пациентов была предотвратимой. При оценке качества медицинской помощи необходимо учитывать не только частоту расхождений диагнозов по основному заболеванию и ведущему смертельному осложнению, но и по коморбидной патологии. Кроме того, в каждом летальном случае должна быть дана коллегиальная оценка его предотвратимости. Индекс предотвратимости летальных исходов может использоваться в качестве интегрального критерия качества работы отдельных специалистов, медицинских организаций, системы охраны здоровья в субъекте РФ.

**Ключевые слова:** клинико-патолого-анатомический анализ, летальный исход, предотвратимая смерть

#### Summary

The purpose of the study is to create a unified approach to the clinical and pathological analysis of deaths. Materials and methods: a repeated thanatological analysis was carried out in 1000 cases by establishing the nature and causes of discrepancies in the diagnoses, the assessment of the preventability of death and the identification of the frequency and nature of defects in the provision of medical care. Differences in the final clinical and pathological diagnoses of the underlying disease were detected in 25.6% of cases. At the same time showing the death of 76.7% of patients was preventable. When assessing the quality of medical care, it is necessary to take into account not only the discrepancy between the diagnoses for the underlying disease and the leading fatal complication, but also for comorbid pathology. In addition, in each lethal case, a collegial decision must be made on whether death was preventable. An index of preventable death can be used as an integral criterion for the quality of health care given by doctors, medical institutions and various regions of the Russian Federation.

**Key words:** clinical and pathological analysis, lethal outcome, preventable death

Главными задачами клинико-патолого-анатомического анализа летальных исходов являются определение причины смерти, правильности прижизненной диагностики, выявление дефектов оказания медицинской помощи (ДОМП) и установление их причин [1]. Между тем, проведение клинико-патолого-анатомических параллелей и сопоставлений во врачебной практике крайне затруднено в последние годы в связи с изменением законодательной и нормативной базы, а также неоднозначностью трактовки результатов экспертизы качества медицинской помощи (КМП) в современной научной литературе [2].

В настоящее время в РФ отсутствуют какие-либо нормативные документы, регламентирующие правила

проведения клинико-патолого-анатомического анализа летальных исходов. Приказом МЗ РФ от 6 июня 2013 г. N354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» утверждены учетные формы №013-У «Протокол патолого-анатомического вскрытия» и №013-1-У «Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного», в которых предусмотрена лишь констатация факта расхождения диагнозов по основному заболеванию, осложнению основного заболевания, сопутствующей патологии без анализа их причин. После отмены Приказа МЗ СССР от 04 апреля 1983 г. №375 «О дальнейшем совершенствовании патолого-анатомической службы в стране» утратило свою акту-

альность и выделение категорий расхождений диагнозов. Таким образом, правила проведения клинко-патолого-анатомического анализа, разработанные отечественными патолого-анатомами в последние десятилетия, в том числе по сличению диагнозов, анализу причин ДОМП, в значительной мере игнорируются и не используются на современном этапе. Тем не менее высокая достоверность и объективность результатов патоморфологических исследований, коллегиальность в их интерпретации могут лечь в основу разработки и применения индикаторов КМП, основанных на клинко-патолого-анатомических параллелях и сопоставлениях.

При поддержке грантов Министерства здравоохранения Челябинской области №1138-ЭА/215 от 13.10.2015 и №1024-ЭА/18 от 09.08.2018 нами проведен ретроспективный клинко-патолого-анатомический анализ в 1000 случаев смерти взрослых по материалам ГБУЗ «Челябинское областное патолого-анатомическое бюро», патолого-анатомического отделения Клиники ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России и Миасского межрайонного патолого-анатомического отделения за 2014-2017 годы. Изучены карты-протоколы патолого-анатомического исследования трупов, проведен анализ комплексного патолого-анатомического аутопсийного исследования, включающий изучение макроскопических и микроскопических проявлений патологических процессов. Осуществлена оценка результатов прозекторского, комиссионного и поскомиссионного разборов в каждом летальном случае.

Среди умерших было 550 мужчин и 450 женщин, средний возраст которых составил  $59 \pm 6.7$  и  $69 \pm 7.2$  лет соответственно. Генез болезни и смерти чаще всего являлся бикаузальным (479 - 47.9% умерших). Одно основное заболевание стало причиной смерти 466 пациентов (46.6%). Реже регистрировалась полипатия (55 случаев - 5.5%). Определялась частота расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов, при этом сопоставления осуществлялись на многофакторной основе - по всем рубрикам диагнозов (основное заболевание, коморбидная патология, ведущее смертельное осложнение, сопутствующее заболевание). Расхождения диагнозов по первому основному заболеванию выставлены в 214 (21,4%), по коморбидной патологии - в 42 (4.2%) случаях. В 185 (18.5%) наблюдениях они отнесены ко II категории, в 36 (3.6%) - к III, еще в 35 (3.5%) - к I категории. Среди причин, приведших к ошибочной диагностике, преобладали субъективные (198 - 77.3%): неполноценное клиническое обследование (70 - 27.3%), неправильное оформление и построение заключительного клинического диагноза (56 - 21.9%), неправильная интерпретация клинических данных (42 - 16.4%), недооценка или переоценка данных лабораторно-инструментальных методов исследования (30 - 11.7%).

Расхождения диагнозов по ведущему смертельному осложнению зарегистрированы в 74 (7.4%) наблюдениях, при этом чаще регистрировались расхождения II категории (55 - 5.5%), допущенные по субъективным причинам: неправильная интерпретация клинических данных

(30 - 54.5%), неполноценное клиническое обследование (21 - 38.2%), недооценка или переоценка данных лабораторно-инструментальных методов исследования (4 - 7.3%). К III категории были отнесены еще 10 (1.0%), а к I - 9 (0.9%) из выявленных расхождений.

Другие дефекты диагностики, преимущественно лечебно-тактические при оказании медицинской помощи (56 - 29.6%), запоздавшая диагностика основного заболевания (38 - 20.1%) поздняя госпитализация (37 - 19.6%), запоздавшая диагностика ведущего смертельного осложнения и другие отмечены в 189 (18.9%) случаях. Обращает на себя внимание тот факт, что при смерти дома заключительный клинический диагноз вообще отсутствовал в 21 (21.0%) наблюдении из 100, что не позволило провести сличение.

Осложнения хирургических, терапевтических и других медицинских процедур как ДОМП, выявлены у 77 (7.7%) умерших, расхождение диагнозов III категории по основному заболеванию выставлено в 5 (0.5%) наблюдениях, по II категории - в 7 (0.7%). 23 осложнения медицинских процедур, возглавившие патолого-анатомический диагноз, были отнесены к ятрогениям третьей категории, 53 - ко второй (они занимали в патолого-анатомическом диагнозе место коморбидной патологии), 1 - к ятрогении первой категории. Принципиально важным является тот факт, что при проведении ретроспективного анализа в соответствии с положениями МКБ-10 мы относили к осложнениям медицинских процедур любые новые заболевания, связанные с действиями врача или другого медицинского работника, независимо от того, правильными или неправильными были эти действия (как аномальные реакции или поздние осложнения у пациента без упоминания о случайном нанесении ему вреда в ходе их выполнения, так и случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств).

Комплексный показатель расхождения заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов (% расхождений диагнозов по первому основному заболеванию + % расхождений диагнозов по ведущему смертельному осложнению + % расхождений диагнозов по осложнениям медицинских процедур) оказался весьма высоким и составил 30.0%. Как целевой индикатор качества оказания медицинской помощи он касается лишь той медицинской организации, в которой наступил летальный исход, и не может быть использован для оценки адекватности медицинской помощи на всех этапах ее оказания, что требует разработки и внедрения других, более эффективных критериев.

С этой целью нами проведены клинко-патолого-анатомические сопоставления с использованием основных положений учения о предотвратимой смертности [3, 4, 5]. Результатом анализа явилось отнесение 154 (15.4%) случаев к предотвратимой смерти группы А, 367 (36.7%) - к группе В, 246 (24.6%) - к группе С и 233 (23.3%) наблюдений - к непредотвратимой смерти. Таким образом, индекс предотвратимости летальных исходов (ИПЛИ) [6, 7] составил 76.7%.

Первое место по частоте встречаемости среди предотвратимых причин смерти группы А занимали болезни желудочно-кишечного тракта (желчнокаменная болезнь, бедренная и пупочная грыжи с гангреной, кишечная непроходимость, острые аппендицит и холецистит) - 49 (31.8%) случаев; второе - злокачественные новообразования, доступные для ранней клинической диагностики (полости рта, прямой кишки, кожи, молочной железы) - 39 (25.3%). Третье место принадлежало осложнениям медицинских процедур (26 наблюдений - 16.9%).

В группе В преобладающими были формы ишемической болезни сердца - 108 (29.4%) случаев, среди которых чаще всего диагностировался инфаркт миокарда - 88 (23.9%). Вторую позицию занимал сахарный диабет - 93 (25.3%), третью - болезни органов дыхания (хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, хронический абсцесс легкого) и злокачественные новообразования легких - 63 (17.2%).

В группе С самыми частыми предотвратимыми причинами смерти стали инфекционные заболевания - 98 (39.8%) случаев, преимущественно инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека; внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния - 79 (32.1%); алкогольная болезнь с различными вариантами алкогольно-индуцированной патологии - 59 (23.9%).

Непредотвратимые летальные исходы (233 случая) чаще всего были связаны с злокачественными новообразованиями IV клинической стадии (131 наблюдение - 56.2%).

По нашим данным, силами системы здравоохранения могли быть предотвращены только 15.4% летальных исходов. Еще в 61.3% наблюдений реализация профилактических мероприятий требовала привлечения усилий других ведомств и общественных организаций, а также изменения государственной политики в области охраны здоровья.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в основу оценки качества оказания медицинской помощи могут быть положены принципы учения о предотвратимой смертности. К индикаторам качества оказания медицинской помощи следует отнести ИПЛИ, который может быть рассчитан как для отдельных специалистов, медицинских организаций, так и всей системы охраны здоровья в субъекте Российской Федерации. Для практического использования данного показателя следует осуществить его анализ в медицинских организациях различного уровня и типа (в сопоставимых группах) с определением региональных и целевых значений.

Подходы к проведению клинико-патолого-анатомического (танатологического) анализа, на наш взгляд, должны быть унифицированы, а результатом его - стать сравнение заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов по всем структурным рубрикам с определением в случае констатации расхождения его категории и углубленным анализом причин, верификация других ДОМП, в том числе осложнений медицинских процедур, а также коллегиальная оценка предотвратимости или непредотвратимости летального исхода. ■

*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; Москвичева М.Г., д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института ДПО 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. Медведев Ю. А., Тимофеев И.В. Танатологический анализ для врачебной практики: учебное пособие для врачей. СПб: ГПАБ, 2015.
2. Коваленко В.Л., Пальцев М.А., Аничков Н.М., Подобед О.В., Маслов Р.С. Законодательные и нормативные основы регулирования порядка проведения патологоанатомических вскрытий трупов. Оценка (экспертиза) качества медицинской помощи на основе клинико-патологоанатомических параллелей и сопоставлений: учебное пособие для студентов. Челябинск: Изд-во ЮУГМУ, 2014.
3. Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения. М.: ЦНИИОИЗ, 2006.
4. Rutstein D.D. Measuring the Quality of Medical Care. *N Engl J Med.* 1976; 294: 582-588.
5. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В. Концепция предотвратимой смертности и особенности ее применения в России в качестве инструмента решений в здравоохранении. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний.* 2006; 6: 3-10.
6. Подобед О.В., Коваленко В.Л., Москвичева М.Г. Опыт применения индекса предотвратимости летальных исходов при клинико-патологоанатомическом анализе в Челябинской области. *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2018; 3-4: 50-54.
7. Подобед О.В., Коваленко В.Л. Методологические и технологические аспекты достоверного клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов. *Клиническая и экспериментальная морфология.* 2018; 2: 61-64.