

Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10

Методические рекомендации. М 2001.

В соответствии с требованиями МКБ-10 в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах необходимо выделение первоначальной причины смерти в качестве основного заболевания.

Первоначальной причиной смерти следует считать:

- Болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти;
- Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

При статистическом изучении причин смерти главное требование МКБ-10 — использовать только сведения о первоначальной причине смерти, а не о непосредственной, как это до сих пор нередко имеет место в ошибочно оформленных медицинских заключениях (например, "острая сердечнососудистая недостаточность" вместо первоначальной причины смерти).

Рубрики клинического и патологоанатомического диагнозов

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть всегда записаны в виде следующих трех рубрик:

1. Основное заболевание (первоначальная причина смерти) —
при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой)
при бикаузальном — двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями),
при мультикаузальном — тремя и более заболеваниями (полипатия — семейство или ассоциация болезней).
2. Осложнения (основного заболевания), включая смертельное осложнение (непосредственную причину смерти).
3. Сопутствующие заболевания.

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз (так же, как и патологоанатомический) не подлежит сличению (сопоставлению) диагнозов, непригоден для кодирования и статистического анализа и независимо от своего содержания расценивается как неверно оформленный диагноз. В этом случае выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине - неверная формулировка (оформление) клинического диагноза.

Основное заболевание

Основное заболевание - это одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), записанных в принятых в отечественных классификациях, Международной номенклатуре болезней и МКБ-10 терминах, которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу.

Эквивалентом основного заболевания могут быть в определенных случаях обстоятельства несчастного случая (главным образом при ятрогенных осложнениях, явившихся причинами смерти) или, в практике судебно-медицинской экспертизы, акт насилия, который вызвал смертельную травму.

Первоначальная причина смерти (основное заболевание) по требованиям МКБ-10 (несмотря на потерю определенной части информации) определяется как диагностированная в конце эпизода оказания медицинской помощи.

Основное заболевание может быть представлено:

- двумя нозологическими единицами и, следовательно, быть комбинированным (представленным двумя конкурирующими, сочетанными, основным и фоновым заболеваниями),
- тремя и более нозологиями и быть полипатией (семейством или ассоциацией болезней).

Допустимо использовать любой из представленных вариантов формулировки основного заболевания.

Конкурирующими называют такие заболевания, которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности, несомненно, могло привести к смерти.

Примерами таких заболеваний могут быть совпавшие по времени у одного больного любые смертельные болезни, в частности:

- рак IV стадии и инфаркт миокарда
- несовместимые с жизнью инфаркты головного мозга и миокарда
- нозологические единицы из группы острых ИБС или ЦВБ и хирургическая патология со смертельным исходом и т. д.

Сочетанными следует считать такие заболевания, которыми одновременно страдал умерший и которые, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и взаимно отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода.

Например, может быть сочетание нозологических единиц из групп острых ИБС и ЦВБ, которые привели к смерти лишь в результате взаимного отягощения, такое же сочетание нередко характерно для этих же нозологических форм с острыми хирургическими заболеваниями, в частности с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

Важно еще раз подчеркнуть, что речь идет только о заболеваниях, одновременно, а не последовательно развившихся у больного.

Указание в рубрике комбинированного основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе нозологических единиц, которые не играли роли в танатогенезе, но были ранее причиной госпитализации, предметом лечебно-диагностических мероприятий, — грубая ошибка формулировки диагноза и причина расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов.

Фоновым заболеванием является такое, которое этиологически не связано с основным, но включилось в общий патогенез с основным заболеванием, явилось одной из причин его развития, впоследствии отягощало течение и способствовало развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу.

Наиболее частые примеры фоновых заболеваний:

- варианты артериальной гипертензии
- сахарный диабет для нозологических единиц из групп ИБС и ЦВБ.
- алкоголизм, сахарный диабет, ведущие к вторичному иммунному дефициту, становятся фоновыми для многих инфекционных болезней (пиелонефрит, туберкулез и др.).
- хронический бронхит с плоскоклеточной метаплазией и диспластическими изменениями эпителия бронхов при центральном плоскоклеточном раке легких.

Неверно также представлять в диагнозе атеросклероз (артерий органов, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника, так как эти изменения, хотя и по сути формы атеросклероза, выделены как самостоятельные нозологии, поэтому атеросклеротическое поражение артерий этих органов (стенозирующий атеросклероз при обнаружении его на секции) указывается в рубрике основного заболевания сразу после формулировки нозологической формы как одно из ее проявлений.

Термины "общий атеросклероз", "атеросклероз аорты и крупных артерий" без уточнения поражения конкретных артерий вообще не могут фигурировать в любой рубрике диагноза.

В качестве основного заболевания атеросклероз аорты, почечной артерии, артерий нижних конечностей может быть выставлен при наличии его смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др.), для таких случаев в МКБ-10 имеются соответствующие коды. При любом упоминании атеросклероза аорты или конкретных артерий следует указать стадию процесса и его степень.

При оформлении *би- и мультикаузального* заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов следует указывать:

"Комбинированное основное заболевание: конкурирующие заболевания (или: сочетанные заболевания, или: основное заболевание и после него — фоновое заболевание)".

Однако допустимо также не употреблять термин "комбинированное основное заболевание", а начинать диагноз сразу с записи:

"Конкурирующие заболевания: 1) ..., 2) ...",

"Сочетанные заболевания: 1) ..., 2) ...",

"Основное заболевание: Фоновое заболевание: ...".

Осложнения основного заболевания

Осложнениями основного заболевания следует считать нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями.

Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности.

Среди всей группы осложнений выделяют одно важнейшее — смертельное осложнение (непосредственная причина смерти).

Сопутствующие заболевания

Это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (при наступлении летального исхода) не были непосредственно связаны с основным заболеванием и не принимали участия в танатогенезе.

Необходимо объективно доказать, что эти заболевания не играли роль в наступлении летального исхода.

При этом нередко умершему по поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия.

Расхождения заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов

Понятия "совпадение" или "расхождение" клинического и патолого-анатомического диагнозов применимы только для сличения рубрик "основное заболевание" (первоначальная причина смерти).

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 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 патолого-анатомическим, что во всех случаях должно рассматриваться как расхождение диагнозов по II категории (причина — неправильная формулировка, или оформление, заключительного клинического диагноза).

Расхождением диагнозов считают

- несовпадение любой нозологии из рубрики основного заболевания (комбинированного основного заболевания)
- по ее сущности (обнаружение на вскрытии другой нозологии — гиподиагностика
- отсутствие на аутопсии данной нозологии — гипердиагностика,
- по локализации (в том числе в разных отделах таких органов, как желудок, кишечник, легкие, головной мозг, матка и ее шейка, почки, поджелудочная железа и др.),
- по этиологии,
- по характеру патологического процесса (например, по характеру инсульта — ишемический инфаркт или внутримозговое кровоизлияние),
- а также случаи поздней (несвоевременной) диагностики.

Показатель общего процента расхождения диагнозов в специализированных больницах не может быть ниже 5%, в многопрофильных и амбулаторно-поликлинической сети — ниже 10—15%, а в среднем он колеблется от 15 до 20%.

Категории расхождения диагнозов

I категория

В данном лечебном учреждении правильный диагноз был невозможен и диагностическая ошибка (нередко допущенная еще во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью в другие лечебно-профилактические учреждения) уже не повлияла в этом стационаре на исход болезни.

Главный критерий I категории расхождения диагнозов — объективная невозможность установления верного диагноза в данном медицинском учреждении.

Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.

II категория

Правильный диагноз в данном лечебном учреждении был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по объективным или субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

Часть случаев расхождения диагнозов по II категории является следствием объективных трудностей диагностики (но не переводится при этом в I категорию), а часть — субъективных причин.

III категория

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, 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.

Причины расхождения диагнозов

Независимо от категории (т. е. "тяжести") расхождения диагнозов выделяют причины их расхождения (объективные и субъективные).

Объективные причины расхождения диагнозов включают:

- кратковременность пребывания больного в медицинском учреждении (краткость пребывания). Для большинства заболеваний нормативный срок диагностики составляет 3 сут, но для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев ургентной хирургии, этот срок индивидуален и может быть равен часам и минутам,
- 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 поставить 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:

- недостаточное обследование больного,
- недоучет анамнестических данных,
- недоучет клинических данных,
- недоучет или переоценка данных лабораторных, R и других методов исследования,
- недоучет или переоценка заключения консультанта,
- неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.