

УДК 616.01/-099

DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-334-363

МЕТОДИКА СОПОСТАВЛЕНИЯ ПОСМЕРТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А.М. Лебедева¹, А.В. Березников^{1,2}, Е.А. Берсенева^{3,4,5}, С.О. Шкитин¹, Н.В. Макарец¹

¹ ООО «АльфаСтрахование-ОМС», г. Москва

² ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств», г. Москва

³ ФГБУ «Национальный институт качества Росздравнадзора», г. Москва

⁴ ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья», г. Москва

⁵ ИОМ РАНХиГС, г. Москва

Введение. Процессы сопоставления посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов, определение категорий их расхождений в настоящее время относятся к зоне ответственности врачебной комиссии медицинской организации. Современной научной литературой и нормативным полем не определена научно-обоснованная методика для сопоставления диагнозов и определения категории их расхождения. Создание и внедрение подобного подхода позволит решить одну из важнейших проблем для практикующих врачей и организаторов здравоохранения.

Цель исследования - разработать методику сопоставления посмертного и патологоанатомического диагнозов врачебной комиссией медицинской организации.

Материалы и методы. В рамках ретроспективного когортного исследования было проанализировано 8269 случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом при терапевтической патологии, по которым проведена экспертиза в рамках обязательного медицинского страхования. Анализ случаев проводился на предмет правильности формулировки посмертного клинического диагноза и результатов его сопоставления с патологоанатомическим диагнозом по результатам экспертизы качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании.

Результаты. С помощью метода клинко-анатомических параллелей сформулированы различия между посмертным и патологоанатомическим диагнозом. На втором этапе оценена значимость выявленных несоответствий (какие именно несоответствия подлежат дальнейшей оценке). На третьем этапе определено наличие расхождения по основному (конкурирующему, сочетанному) заболеваниям. На четвертом этапе выделены внешние и внутренние объективные факторы, влияющие на деятельность медицинской организации и не позволившие установить диагноз. Для установления категории расхождения посмертного и патологоанатомического диагнозов определена роль нарушений при оказании медицинской помощи в формировании летального исхода (тяжесть основного заболевания (и его осложнений); исходное состояние организма больного; медицинская помощь). Условно выделены параметры оценки тяжести патологии и результативности медицинской технологии и математически оценена степень влияния нарушений при оказании медицинской помощи на формирование неблагоприятных исходов по методу С. Кульбака. Влияние нескольких нарушений на формирование неблагоприятных исходов оценена при помощи показателя накопленной информативности (Jn).

Обсуждения. Методика позволяет выявить достоверно большее количество расхождений посмертного и патологоанатомического диагнозов, аналогично достоверно больше выявляется количество расхождений по всем категориям. Результат применения предложенной методики разными экспертами в рамках одного и того же случая является повторимым в 95% случаев.

Выводы (заключение). Предложена оригинальная методика сопоставления посмертного и патологоанатомического диагнозов, определения категории их расхождения. В ходе апробации методика показала свою результативность и объективность. Методика может быть рекомендована для использования в работе врачебных комиссий медицинских организаций (по изучению летальных исходов).

Ключевые слова: летальность, диагноз, расхождение, дефект, риски, страхование.

METHOD OF COMPARISON OF POSTMORTEM CLINICAL AND PATHOANATOMICAL DIAGNOSES BY THE MEDICAL COMMISSION OF THE MEDICAL ORGANIZATION

A. M. Lebedeva¹, A. V. Bereznikov^{1,2}, E. A. Берсенева^{3,4,5}, S. O. Shkitin¹

¹ *LLC AlfaStrakhovanie – OMS, Moscow, Russian Federation*

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Moscow State University of Food Production», Moscow, Russian Federation*

³ *Federal State Budgetary Institution «National Quality Institute of the Federal Health Oversight Service», Moscow, Russian Federation*

⁴ *Federal State Budgetary Scientific Institution «National Research Institute for Public Health», Moscow, Russian Federation*

⁵ *Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation*

Introduction. The processes of comparing post-mortem clinical and pathoanatomic diagnoses, determining the categories of their discrepancies currently belong to the area of responsibility of the medical commission of a medical organization. The modern scientific literature and the normative field have not defined a scientifically based methodology for comparing diagnoses and determining the category of their discrepancy. The creation and implementation of such an approach will solve one of the most important problems for practicing doctors and health care organizers.

The purpose of the study is to develop a methodology for comparing post-mortem and pathoanatomic diagnoses by the medical commission of a medical organization.

Materials and methods. Within the framework of a retrospective cohort study, 8269 cases of providing medical care with a fatal outcome in therapeutic pathology were analyzed, for which an examination was carried out within the framework of mandatory medical insurance. The analysis of cases was carried out for the correctness of the formulation of the post-mortem clinical diagnosis and

the results of its comparison with the pathoanatomic diagnosis based on the results of the examination of the quality of medical care in compulsory medical insurance.

Results. Using the method of clinical and anatomical parallels, the differences between postmortem and pathoanatomic diagnosis are formulated. At the second stage, the significance of the identified nonconformities is assessed (which nonconformities are subject to further assessment). At the third stage, the presence of a discrepancy in the main (competing, combined) diseases was determined. At the fourth stage, external and internal objective factors that affect the activities of a medical organization and did not allow to establish a diagnosis are identified. To establish the category of discrepancy between postmortem and pathoanatomic diagnoses, the role of violations in the provision of medical care in the formation of a fatal outcome (the severity of the underlying disease (and its complications); the initial state of the patient's body; medical care) is determined. The parameters of assessing the severity of pathology and the effectiveness of medical technology are conditionally identified and the degree of influence of violations in the provision of medical care on the formation of unfavorable outcomes according to the method of S. Kulbak is mathematically estimated. The influence of several violations on the formation of unfavorable outcomes was assessed using the indicator of accumulated informativeness (J_n).

Discussions. The method allows us to identify a significantly greater number of discrepancies in post-mortem and pathoanatomic diagnoses, similarly, the number of discrepancies in all categories is significantly more detected. The result of applying the proposed methodology by different experts in the same case is repeatable in 95% of cases.

Conclusions (conclusion). An original method of comparing postmortem and pathoanatomic diagnoses, determining the category of their discrepancy, is proposed. During the testing, the method showed its effectiveness and objectivity. The technique can be recommended for use in the work of medical commissions of medical organizations (for the study of fatal outcomes).

Keywords: mortality, diagnosis, discrepancy, defect, risks, insurance.

Введение. Проблема изучения летальных исход остается по-прежнему значимой для терапии и других клинических специальностей. Особую актуальность имеет вопрос сопоставления посмертного клинического (далее – ПКД) и патологоанатомического диагнозов (далее – ПАВ), определение категорий их расхождений. Прерогатива подобных изысканий возложена на врачебную комиссию медицинской организации, к одной из целей которых

относится изучение летальных исходов (с выделением или без выделения соответствующей подкомиссии), в том числе с привлечением патологоанатомической службы. Данный раздел работы медицинской организации регламентируется рядом нормативных актов и документов Минздрава России [1-6].

Количество ПАВ в целом по стране на 32,7% превысило целевой показатель (331,7 случаев на 100 000 населения), но отмечена отрицательная восьмилетняя динамика показателя выявления расхождений ЗКД и ПАД (-35,1%), что свидетельствует о сокращении роли этого инструмента в системе контроля качества оказания медицинской помощи [7-8]. В динамике за последние 15 лет процент расхождений ЗКД и ПКД, в среднем по РФ, упал в 10 раз, с 10-16% в начале 2000-х гг., до 1,2% в 2016 г. По международной модели расчета, с учетом процента вскрытий, этот показатель должен быть не ниже 20% (в странах Евросоюза он составляет в последние годы 12-33%, в США – 14-24%). В последние годы в России посмертные диагнозы и медицинские свидетельства о смерти у 40-44% умерших оформляют врачи-клиницисты (без проведения вскрытий), в 20-23% - патологоанатомы и в 36-37% - судебно-медицинские эксперты (по результатам посмертных патологоанатомических и судебно-медицинских исследований) [9].

К причинам столь значимого различия сложно отнести высокие показатели результативности отечественного здравоохранения. Так, по данным экспертиз качества медицинской помощи (далее – ЭКМП), организованных страховыми медицинскими организациями – членами Всероссийского Союза Страховщиков, частота расхождений диагнозов, выявляемых независимыми экспертами, в нашей стране составляет не менее 20%. Таким образом, сопоставление диагнозов внутри самой медицинской организации, без проведения независимых экспертиз, не всегда отражает объективную реальность. Экспертная деятельность гораздо чаще позволяет выявлять расхождения диагнозов, чем деятельность врачебных комиссий медицинских организаций [10].

В свою очередь, методологический подход к сопоставлению диагнозов в практике патологоанатомов, заложенный в конце XIX – начале XX веков российскими учеными имеет значительную научную и теоретическую проработку и формирует основные принципы выявления их расхождений [11-16]. Однако, современная научно обоснованная методика для сопоставления диагнозов в работе врачебной комиссии в научной литературе и нормативном поле преследует несколько иные цели и четко не определена. На наш взгляд, создание и

внедрение подобного подхода позволит решить одну из важнейших проблем для клинических специальностей и организаторов здравоохранения.

Цель исследования – разработать методику сопоставления посмертного и патологоанатомического диагнозов врачебной комиссией медицинской организации.

Материалы и методы. Методика исследования основывается на обширном материале – 8269 случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом в 9 субъектах РФ, по которым проведена экспертиза качества медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования экспертами качества медицинской помощи по следующим специальностям: «терапия», «гастроэнтерология», «пульмонология», «кардиология», «ревматология», «эндокринология», «гематология», «хирургия», «нефрология», «челюстно-лицевая хирургия», «торакальная хирургия», «офтальмология», «оториноларингология», «урология». Во всех случаях основной причиной смерти являлась терапевтическая патология. Для отбора случаев использовались критерии включения и исключения.

Критерии включения: летальный исход, специализированная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара за периоды с января 2018 года по май 2020 года, наличие полиса обязательного медицинского страхования ООО «АльфаСтрахование-ОМС», заключительный посмертный диагноз относится к терапевтическому профилю (коды МКБ-Х: D50-D53, E10-E14, E66.2, I10-I15, I20-I25, I26-I28, I30-I52, J00-J99, K20-K87, M30-M32, N 00-08, N10-23), проведение патолого-анатомического вскрытия (судебно-медицинского исследования), наличие протокола патолого-анатомического вскрытия, наличие протокола заседания комиссии медицинской организации по изучению летальных исходов.

Критерии исключения: отсутствие протокола патолого-анатомического вскрытия или судебно-медицинского исследования, иные причины смерти (не относящиеся к критериям включения).

Минимальный объем репрезентативной выборки определяли по формуле Лера.

Группу исследования составили 3250 случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом. Средний возраст умерших, включенных в исследование, составил 62,3 года (от 18 до 85 лет), из них мужчины – 48%, женщины – 52%.

Исследовались случаи оказания медицинской помощи в 508 медицинских организациях, 1 – 3 уровней, по следующим профилям отделений, где зарегистрирована смерть пациентов: терапевтический, гастроэнтерологический, кардиологический, пульмонологический, ревматологический, гематологический, эндокринологический,

хирургический, нефрологический, урологический, отоларингологический, офтальмологический, торакальная хирургия, челюстно-лицевая хирургия. В 1560 случаях (48%) проведена ЭКМП с мультидисциплинарным подходом с привлечение 2 экспертов качества (1435 случаев, 92%), 3 экспертов (в 125 случаях, в 8%).

Методы исследования. Целевая ЭКМП проведена в рамках обязательного медицинского страхования в соответствии с Порядком [17]. Патологоанатомические [18] и судебно-медицинские вскрытия [19], деятельность комиссии по изучению летальных исходов [20] организованы и проведены в соответствии с нормативными требованиями. Для статистической обработки применены методы непараметрической статистики (Хи-квадрат).

Разработана и апробировала в рамках экспертной оценки методика сопоставления ЗКД и ПАД и рекомендуем ее для использования комиссиям по изучению летальных исходов. Алгоритм и положения данной оригинальной методики изложим далее по тексту статьи.

Сопоставление ЗКД и ПАД целесообразно осуществлять с использованием принципов формирования клинико-анатомических параллелей [21-24].

Результаты собственных исследований. Методика сличения ЗКД и ПАД подразумевает сравнение диагнозов с в четыре последовательных этапа:

1. Выявление несоответствий между диагнозами: поиск различий в формулировках ЗКД и ПАД (патологического процесса, его причин, локализации и стадии).
2. Оценка значимости выявленных несоответствий между диагнозами.
3. Определение наличия расхождения ЗКД и ПАД.
4. Определение категории расхождения ЗКД и ПАД.

Цель первого этапа – найти различия между ЗКД и ПАД. При этом эталоном сравнения служит патологоанатомический диагноз, а предметом сравнения – посмертный диагноз.

Сличение ЗКД и ПАД можно провести по следующему алгоритму, при котором последовательно устанавливаются соответствия между указанными диагнозами:

1. Определение патологических процессов, их причин, локализаций и стадий.
2. Определение нозологических форм основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, приведших к реализации танатогенеза – непосредственной причины смерти;
3. Определение соответствия стадии основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания и его осложнений, сформировавших непосредственную причину смерти – основной причины смерти;
4. Оценка правильности верификации фоновых заболеваний;

5. Оценка правильности верификации сопутствующих заболеваний.

Целью второго этапа является оценка значимости выявленных несоответствий. На этом этапе необходимо определить, какие именно несоответствия между диагнозами подлежат дальнейшей оценке наличия расхождения диагнозов. К таким несоответствиям целесообразно относить только значимые – те из них, которые могли определить лечение и исход заболевания – несоответствия при:

- 1) верификации патологических процессов;
- 2) их причин;
- 3) их локализации;
- 4) их стадии.

Остальные несоответствия не оказывают непосредственное влияние на наличие расхождений ЗКД и ПАД.

Цель третьего этапа – определить наличие расхождения основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания. При этом сопутствующая патология дальнейшей оценке на предмет причин и последствий не подлежит.

Для каждой из оцениваемых дефиниций можно выделить следующие варианты оценок:

- 1) совпадение (полное, не полное);
- 2) расхождение.

Более детально оценки по различным дефинициям приведены в таблице 1.

Цель четвертого этапа – определить категорию расхождения ЗКД и ПАД.

В целом вопросы определения категорий расхождения диагнозов регламентируется современными методическими рекомендациями, разработанными коллективом судебных медиков и патологоанатомов [25].

Для верификации категорий расхождения диагнозов в каждом конкретном случае необходимо ответить на несколько вопросов:

1. Имела ли медицинская организация возможность установить диагноз?
2. Повлияло ли расхождение диагнозов на исход заболевания?
 - 2.1. Какие факторы обеспечили формирование летального исхода у конкретного пациента в рамках случая оказания медицинской помощи?
 - 2.2. Насколько вероятен неблагоприятный (в т.ч. летальный) исход в случае своевременной постановки диагноза и своевременного оказания медицинской помощи?

2.3. Каково влияние медицинской помощи (нарушений при ее оказании) на формирование летального исхода?

2.3.1. Имели ли место нарушения при оказании медицинской помощи?

Таблица 1

Оценка расхождений заключительного клинического посмертного и
 патологоанатомического диагнозов

№ п/п	Структура диагноза	Критерии совпадения		Критерии расхождения
		полного	неполного	
1	Основное заболевание	Посмертный и патологоанатомический диагноз совпадают по МКБ-10 (с учетом всех рубрик).	1. Посмертный и патологоанатомический диагноз не совпадают по МКБ-10 (с учетом всех рубрик). 2. Патологический процесс, приведший к смерти больного, и его локализация установлены верно. 3. Основная и непосредственная причины смерти установлены верно.	1. Патологический процесс и/или его локализация идентифицированы в посмертном диагнозе не верно или 2. Основная и/или непосредственная причины смерти, приведенные в патологоанатомическом диагнозе (или в протоколе патологоанатомического вскрытия), не отражены в посмертном диагнозе.
2	Конкурирующее и сочетанное заболевание	Посмертный и патологоанатомический диагноз совпадают по всем нозологическим формам по МКБ-10 (с учетом всех рубрик).	1. Посмертный и патологоанатомический диагноз не совпадают по всем нозологическим формам по МКБ-10 (с учетом всех рубрик). 2. Патологические процессы, приведшие к смерти больного, и их локализации установлены правильно; 3. Основная и непосредственная причины смерти установлены верно.	1. Патологические процессы и/или их локализации идентифицированы в посмертном диагнозе не верно или 2. Основная и/или непосредственная причины смерти, приведенные в патологоанатомическом диагнозе (или в протоколе патологоанатомического вскрытия), не отражены в посмертном диагнозе.

2.3.2. Какое влияние оказало каждое из допущенных нарушений на формирование летального исхода?

2.3.3. Какое влияние оказала совокупность допущенных нарушений на формирование летального исхода?

Для ответа на вопрос о возможности медицинской организации установить диагноз необходимо выявить факторы, которые могут препятствовать установлению диагноза. Мы не будем останавливаться на субъективных причинах и факторах, так как ими можно пренебречь. В рамках правового поля большинство субъективных причин не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи рассматриваются органами следствия и судебной системой как правонарушения. В нашей методике мы рассматриваем исключительно объективные причины, которые привели к отсутствию возможности установления диагноза в конкретной медицинской организации (МО).

Вопросы возможности установления диагноза конкретными сотрудниками МО находятся за пределами компетенции патологоанатомической службы.

Более детально объективные факторы, влияющие на деятельность медицинской организации и не позволившие своевременно поставить диагноз, приведены ниже:

1. Внешние факторы (на которые МО не имеет правовых оснований повлиять) – отсутствие у МО права и обязанности оказать медицинскую помощь:

1.1 Отсутствие у МО юридических оснований для оказания медицинской помощи в показанных пациенту объемах, сроках и условиях (отсутствие лицензии на соответствующие виды медицинской деятельности, приостановление действия лицензии, предписание Роспотребнадзора и т.п.) на момент оказания медицинской помощи.

1.2 Наличие информированного добровольного согласия на отказ от медицинского вмешательства (проведение которого являлось необходимым условием для установления клинического диагноза), данного пациентом или его законным представителем в установленном законом порядке.

1.3 Отсутствие по независящим от МО причинам возможности перевода пациента в иную МО соответствующего профиля и уровня (при наличии показаний).

2. Внутренние факторы (зависящие от клинической ситуации):

2.1 Наступление летального исхода до момента, когда предварительный диагноз должен быть установлен (до 2 часов от момента обращения пациента за медицинской помощью) при

отсутствии возможности установления предварительного диагноза по данным расспроса, объективного осмотра больного и минимального набора параклинических исследований (диагностика затруднена ввиду отсутствия возможности контакта с пациентом или имеет место сложный случай, требующий дифференциальной диагностики и проведение дополнительного объема лабораторных и инструментальных исследований, консультаций специалистов) [25].

2.2. Наступление летального исхода до момента, когда клинический диагноз должен быть установлен (до 24 часов с момента поступления пациента в МО при оказании экстренной медицинской помощи, до 72 часов с момента поступления пациента в МО при оказании неотложной или плановой медицинской помощи при условии, что предварительный диагноз требовал дополнительного подтверждения и дифференциальной диагностики. При этом выполнение всех диагностических мероприятий, необходимых для установления клинического диагноза, в соответствии с законодательно установленными требованиями, в соответствующие сроки не позволило установить клинический диагноз [26]).

2.3. Искажение самим пациентом (его представителем, третьими лицами) информации о жалобах и анамнезе в случае, если такая информация являлась необходимым условием для установления диагноза.

2.4. Невозможность выполнения необходимых для установления диагноза инструментальных исследований ввиду наличия абсолютных противопоказаний; недостоверность результатов лабораторных и инструментальных исследований, выполненных вне МО.

Случаи расхождения ЗКД и ПАД, соответствующие одному или нескольким вышеизложенным факторам, следует отнести к 1 категории расхождений. Остальные случаи подлежат дальнейшему анализу посредством оценки влияния медицинской помощи на летальный исход.

Цель дальнейшей оценки – определить роль нарушений при оказании медицинской помощи в формировании летального исхода.

В формировании летального исхода участвуют 3 группы факторов:

1. Тяжесть основного заболевания (и его осложнений) с учетом результативности применяемых медицинских технологий в период оказания медицинской помощи на различных стадиях основного заболевания;
2. Исходное состояние организма больного (влияние конкурирующих, сочетанных, фоновых и сопутствующих заболеваний на течение основного заболевания у пациента);

3. Медицинская помощь (влияние нарушений при оказании медицинской помощи на течение основного заболевания у пациента).

Остановимся подробнее на факторах, формирующих исход. При оценке тяжести течения основного заболевания и его осложнений с учетом результативности применяемых медицинских технологий в период оказания медицинской помощи на различных стадиях основного заболевания – должны быть учтены два параметра:

- частота летальных исходов при естественном течении патологического процесса и
- частота летальных исходов на фоне оказания современной медицинской помощи без нарушений технологий оказания медицинской помощи.

Данные параметры для большинства нозологических форм есть в специальной литературе и клинических рекомендациях. Результативность медицинской технологии оценивается по снижению количества летальных исходов в сравнении с естественным течением патологии.

Специальной классификации или параметров для оценки данных показателей не разработано. В нашей методике условно выделены параметры оценки тяжести патологии и результативности медицинской технологии в рамках авторского подхода.

Тяжесть течения основного заболевания и его осложнений мы оценивали по количеству случаев с летальным исходом (на фоне оказания современной медицинской помощи):

- 1) заболевания, при которых не менее 30% случаев заканчиваются летальным исходом, – отнесли к патологии с высоким уровнем летальности;
- 2) заболевания, при которых 29% – 5% случаев заканчиваются летальным исходом, – к патологии со средним уровнем летальности;
- 3) заболевания, при которых менее 5% случаев заканчиваются летальным исходом, – к патологии с низким уровнем летальности.

Результативность медицинской технологии оценивали по снижению количества случаев с летальным исходом по сравнению с естественным течением заболевания. Мы условно определили следующее:

1. Медицинские технологии, снижающие летальность более, чем в 5 раз, расценили как высоко результативные;
2. Медицинской технологии, снижающие летальность от 1,5 до 5 раз, – средне результативные;
3. Медицинские технологии, снижающие летальность до 1,5 раз, – низко результативные.

Оценка тяжести течения основного заболевания и его осложнений с учетом результативности применяемых медицинских технологий на современном этапе представлена в таблице 2.

Таблица 2

Оценка тяжести основного заболевания и его осложнений с учетом результативности применяемых медицинских технологий на современном этапе

№ п/п	Условия оценки		Тяжесть основного заболевания (и его осложнений) с учетом результативности медицинских технологий (2 и 3)
	Тяжесть основного заболевания (и его осложнений) при естественном течении патологического процесса	Результативность применяемых медицинских технологий по влиянию на уровень летальности	
1	Высокая	Низкая	Тяжелая
2	Высокая	Средняя	Тяжелая
3	Высокая	Высокая	Средняя
4	Средняя	Низкая	Средняя
5	Средняя	Средняя	Средняя
6	Средняя	Высокая	Легкая
7	Низкая	Низкая	Легкая
8	Низкая	Средняя	Легкая
9	Низкая	Высокая	Легкая

Оценка влияния исходного состояния организма больного (влияние конкурирующих, сочетанных, фоновых и сопутствующих заболеваний на течение основного заболевания у пациента) построена на логике участия данных процессов в танатогенезе и формировании непосредственной причины смерти и в прогрессировании основного заболевания. Варианты оценки влияния исходного состояния организма больного на исход представлены в таблице 3.

Для оценки влияния медицинской помощи на формирование исхода заболевания у пациента необходимо сначала установить, имеют ли место нарушения при оказании медицинской помощи? Затем следует определить степень их влияния – как каждого в отдельности, так и их совокупности.

Таблица 3

Оценка влияния исходного состояния организма больного (влияние конкурирующих, сочетанных, фоновых и сопутствующих заболеваний на течение основного заболевания у пациента)

№ п/п	Заболевание	Оценка влияния исходного состояния организма на неблагоприятный исход (в том числе, танатогенез и течение основного заболевания)	
		Тип влияния	Описание степени влияния
1	Конкурирующее / сочетанное	Прямой	Участвует в реализации танатогенеза и формировании непосредственной причины смерти
2	Фоновое	Опосредованный	Способствует прогрессированию основного заболевания, но в танатогенезе напрямую не участвует и непосредственную причину смерти не формирует
3	Сопутствующее	Отсутствует	Не участвует в прогрессировании основного заболевания, танатогенезе и формировании непосредственной причины смерти

Для ответа на эти вопросы допустимо руководствоваться ниже следующими принципами.

1. Для ответа на вопрос о наличии нарушений при оказании медицинской помощи – необходимо провести сравнение описания медицинской помощи (совокупности проведения конкретных диагностических мероприятий), изложенного в медицинской карте умершего пациента, с эталонами – нормативно-правовыми актами и иными документами (порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, критериями оценки качества медицинской помощи, клиническими рекомендациями и другими обязательными к исполнению требованиями). Неисполнение, несвоевременное и ненадлежащее исполнение таких требований расценивается как нарушение (в целях настоящего исследования мы изучали нарушения при проведении диагностических мероприятий, но не изучали нарушения при проведении лечебных мероприятий).
2. Многие из нарушений при оказании медицинской помощи оказывают влияние на исход в различной степени. В рамках нашего исследования к неблагоприятным исходам мы отнесли:
 - смерть пациента,
 - прогрессирование основного заболевания,

- развитие осложнений.

Для того, чтобы математически оценить степень влияния нарушений при оказании медицинской помощи на формирование неблагоприятных исходов мы использовали показатель информативности, рассчитанный по методу С. Кульбака. Ранее нами уже были рассчитаны показатели информативности нарушений для большинства терапевтических патологий [27-32].

Информативность определена для нарушений, достоверно влияющих на формирование исхода. В таблице 4 в качестве примера представлены показатели информативности нарушений при проведении отдельных диагностических и лечебных мероприятий при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST [33].

Наиболее сложным является ответ на вопрос о степени влияния сразу нескольких нарушений на формирование неблагоприятных исходов. Для этого мы использовали расчетный показатель накопленной информативности (J_n) по случаю оказания медицинской помощи, представляющий собой алгебраическую сумму информативности всех выявленных нарушений (таблица 4). Чем выше показатель накопленной информативности, тем выше вероятность неблагоприятного (летального) исхода. Варианты развития неблагоприятных исходов в зависимости от показателя накопленной информативности представлены в таблице 5 ($p < 0,05$). В соответствии с указанной таблицей производится оценка степени влияния совокупности нарушений на исход заболевания.

Таблица 4

Информативность нарушений при оказании медицинской помощи пациентам с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

<i>№ п/п</i>	<i>Наименование диагностического мероприятия, выполненного с нарушением</i>	<i>Информативность, J_n</i>
1	Общий анализ крови	0,026
2	Общий анализ мочи	0,002
3	Биохимический анализ крови	0,262
4	Исследование кислотно-щелочного состояния крови	0,138
5	Коагулограмма	0,163
6	Электрокардиография	0,199
7	Эхокардиография	0,311
8	Рентгенография органов грудной клетки	0,016
9	Суточное мониторирование электрокардиограммы	0,125
10	Электрокардиография с физическими упражнениями	0,204
11	Проведение коронароангиографии	0,323

Таблица 5

Числовые границы показателя накопленной информативности при различных вариантах исхода оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

<i>Оценка влияния совокупности нарушений</i>	<i>Тип влияния нарушений при оказании медицинской помощи</i>	<i>Вероятность формирования неблагоприятного исхода</i>	<i>Накопленная информативность (Jn) по случаю оказания медицинской помощи</i>
Неблагоприятный исход наиболее вероятен	Прямой	80% и более	$\geq 0,460$
Создание риска неблагоприятного исхода	Опосредованный	От 20% до 79%	0,198 – 0,460
Неблагоприятный исход наименее вероятен	Отсутствует	Менее 20%	$< 0,197$

Вернемся к вопросу оценки совокупности влияния трех групп факторов на формирование летального исхода. Результат оценки позволит нам отнести случаи с расхождением посмертного и патологоанатомического диагнозов к 2 и 3 категориям расхождения. Более подробно в форме критериев оценка влияния нескольких групп факторов на формирование летального исхода приведена в таблице 6.

Методика сопоставления ЗКД и ПАД апробирована при проведении ЭКМП по случаям летальных исходов, где основной причиной смерти по данным патологоанатомического вскрытия являлась терапевтическая патология. Когорту для апробации методики составили 1000 случаев оказания стационарной медицинской помощи в 74 МО 5 субъектов РФ с летальным исходом и выполнением патологоанатомического вскрытия, отобранных рандомизированно. Мы провели сравнение частот выявления расхождений диагнозов (с учетом категорий расхождений) самой МО (без использования настоящей методики – по результатам проведения заседаний врачебных комиссий МО и/или патологоанатомических вскрытий) и нами (с использованием настоящей оригинальной методики). При использовании оригинальной методики расхождения диагнозов выявлены в 123 случаях (на 47 случаев больше, чем без использования настоящей методики), при этом 1 категория – в 80 случаях (на 21 случай больше, чем без использования настоящей методики), вторая – в 32 случаев (на 17

случаев больше, чем без использования настоящей методики) и третья – в 11 случаях (на 9 случаев больше, чем без использования настоящей методики).

Таблица 6

Критерии отнесения случаев к 2 и 3 категориям расхождений посмертного и
 патологоанатомического диагнозов

№ п/ п	Условия оценки			Категория расхождения диагнозов		
	Тяжесть основного заболевания с учетом результативности современных медицинских технологий	Тип влияния исходного состояния организма больного	Тип влияния нарушений при оказании медицинской помощи	Вторая: нарушения при оказании медицинской помощи не привели к летальному исходу		Третья: нарушения при оказании медицинской помощи привели к летальному исходу
			Медицинская помощь не явилась ведущим фактором формирования летального исхода	Оценить степень влияния медицинской помощи на формирование летального исхода не представляется возможным		
1	Тяжелая	Прямой	Прямой		+	
2	Тяжелая	Прямой	Опосредованный		+	
3	Тяжелая	Прямой	Отсутствует	+		
4	Тяжелая	Опосредованный	Прямой		+	
5	Тяжелая	Опосредованный	Опосредованный		+	
6	Тяжелая	Опосредованный	Отсутствует	+		
7	Тяжелая	Отсутствует	Прямой		+	
8	Тяжелая	Отсутствует	Опосредованный		+	
9	Тяжелая	Отсутствует	Отсутствует	+		
10	Средняя	Прямой	Прямой		+	
11	Средняя	Прямой	Опосредованный		+	
12	Средняя	Прямой	Отсутствует	+		
13	Средняя	Опосредованный	Прямой			+
14	Средняя	Опосредованный	Опосредованный		+	

15	Средняя	Опосредованный	Отсутствует	+		
16	Средняя	Отсутствует	Прямой			+
17	Средняя	Отсутствует	Опосредованный		+	
18	Средняя	Отсутствует	Отсутствует	+		
19	Легкая	Прямой	Прямой		+	
20	Легкая	Прямой	Опосредованный	+		
21	Легкая	Прямой	Отсутствует	+		
22	Легкая	Опосредованный	Прямой			+
23	Легкая	Опосредованный	Опосредованный		+	
24	Легкая	Опосредованный	Отсутствует	+		
25	Легкая	Отсутствует	Прямой			+
26	Легкая	Отсутствует	Опосредованный		+	
27	Легкая	Отсутствует	Отсутствует	Не применимо		

Таблица 7

Результаты сопоставления посмертного заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов

<i>Категория расхождения</i>	<i>Результаты оригинальной методика</i>	<i>Результаты медицинской организации</i>	<i>Достоверность, p</i>
1 категория	8,0%	5,9%	< 0,05
2 категория	3,2%	1,5%	< 0,05
3 категория	1,1%	0,2%	< 0,05
Итого	12,3%	7,6%	< 0,05

Обсуждение. Таким образом, предложенная нами методика позволяет выявить достоверно большее количество расхождений ЗКД и ПАД, аналогично достоверно больше выявляется количество расхождений по всем категориям. При этом результат применения предложенной методики разными экспертами в рамках одного и того же случая является повторимым в 95% случаев.

Современные зарубежные исследователи на основании метаанализа публикаций по использованию системы Гольдмана, подтверждают факт того, что частота расхождений диагнозов колеблется в пределах 10–40 %. При этом частота расхождений третьей категории может выявляться в интервале 2,4–10,7 % [35].

По данным американских исследователей, в одном из самых высококвалифицированных лечебных учреждений США, процент наиболее тяжелых вариантов расхождений, соответствующих третьей категории, достигает почти 20 % [36].

Случаи расхождения ЗКД и ПАД 2 и 3 категорий должны быть предметом профессионального обсуждения с принятием в случае необходимости должных мер. Существование перманентной угрозы уголовной ответственности медицинских работников, отсутствие должной нормативно-правовой и методической регламентации часто является причиной искажения истинного положения дел и наносит вред качеству медицинской помощи [37-39].

Результаты апробации подтверждают, что предложенная научно-обоснованная методика является результативной и объективной, что позволяет ее рекомендовать для внедрения в деятельность врачебных комиссий МО (по изучению летальных исходов).

Выводы:

1. Предложена оригинальная методика сопоставления посмертного и патологоанатомического диагнозов, определения категории их расхождения.
2. В ходе апробации в рамках экспертизы качества медицинской помощи методика показала свою результативность (выявление расхождений диагнозов в 12,3% случаев) и объективность (повторяемость результатов различными экспертами – 95%).
3. Методика может быть рекомендована для использования в работе врачебных комиссий МО (по изучению летальных исходов).

Список литературы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020)» Статья 90. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384997//, (дата обращения 16.06.2021 года).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020)» Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895// (дата обращения 16.06.2021 года).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности

медицинской деятельности", <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=363867&demo=1>, (дата обращения 16.06.2021 года).

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н (ред. от 02.12.2013) Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации". <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=157003&demo=1>(дата обращения 16.06.2021 года).

5. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" (с изменениями и дополнениями). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_369426/ (дата обращения 16.06.2021 года).

6. Федеральный закон "О лицензировании отдельных видов деятельности" от 04.05.2011 N 99-ФЗ. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_356078//, (дата обращения 16.06.2021 года).

7. Состояние и основные задачи развития патолого-анатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2019 год / Под ред. Франка Г. А. / Минздрав России – М., 2020. – 96 с.

8. Состояние и основные задачи развития патолого-анатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2018 год / Под ред. Франка Г. А. / Минздрав России. – М., 2019. – 92 с. – ISBN: 5-94116-026-5. – доступно по ссылке: <https://istina.msu.ru/download/228220623/1jLNv1:9LzatJaoI2GsOrrLirj3cCo3hME/>, (дата обращения 16.06.2021 года).

9. Проблемы оценки показателей смертности от отдельных причин: согласованное экспертное мнение (резолуция рабочей группы Конгресса «Человек и лекарство») Апрель 2018 г., Москва // Фарматека №3, 2018, с. 85-87.

10. Бакланова Т.Н., Попович В.К., Шикина И.Б. Экспертиза летальных исходов как действенный инструмент в управлении качеством оказания медицинской помощи. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2012; 4 (14): 40-44.

11. Захарьин Г.А. Клинические лекции и избранные статьи. - М., 1909, 502 с.

12. Даль М.К. Формулировка патологоанатомического и клинического диагнозов. Патологоанатомическая документация. - Киев: Медгиз, 1958, 115 с.

13. Хазанов А.Т. Введение в секционный курс: Метод. пособие для студ. VI курса мед. ин-тов. Издательство: Медицина. Ленинградское отд-ние, 1969, 190 с.
14. Абрикосов А. И., Струков А. И. Патологическая анатомия - Москва : Медгиз, 1954. - 2 т. 500 с.
15. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза : (Лекция) / М-во здравоохранения СССР, Центр. ин-т усоверш. врачей. - М. : ЦОЛИУВ, 1984, 25 с.
16. Давыдовский И. В. Методологические основы патологии. — Вопр. философии, 1968, № 5, С. 84 — 94.
17. Приказ ФФОМС от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2019 N 54950), http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/, (обращение 16.06.2021).
18. Приказ Минздрава России от 06.06.2013 N 354н "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2013 N 30612) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155839/, (обращение 17.06.2021).
19. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 N 346н "Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111), http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/, (обращение 16.06.2021).
20. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 N 60192), http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_363867/, (обращение 16.06.2021).
21. Давыдовский И. В. Общая патология человека. 3е изд. М.: Медицина, 1971, 612 с.
22. Давыдовский И. В., Сильвестров В. Е. Об определении понятия «болезнь». — Арх. пат., 1966, № 1, С. 3 — 8.
23. Давыдовский И.В. Вопросы смертности населения г. Москвы по данным патолого-анатомических отделений больниц, родильных домов и институтов МОЗ за 1923-1927 гг. - Московский медицинский журнал, 1929 - № ю. - С. 19-58.

24. Давыдовский И.В. Клинико-анатомические конференции, их место и значение в системе больничной работы. - Архив патологической анатомии и патологической физиологии, 1935, №3. - С. 3-ю .
25. Забозлаев Ф.Г., Заратьянц О.В., Кактурский Л.В. и др. Методические рекомендации по сопоставлению заключительного клинического и патологоанатомического/судебно-медицинского диагнозов // Судебная медицина.- Том: 5. Номер: 4, - 2019. С. 48-56.
26. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" ,<https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=216975&demo=1>, (дата обращения: 16.06.2021 года).
27. Березников А.В., Берсенева Е.А., Шкитин С.О. Экспертиза качества медицинской помощи: учебное пособие. — М.: ООО «Светлица», 2019 – 173 с.
28. Березников А.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания терапевтической помощи: дис. докт. медицинских наук: 14.03.05, 14.01.04 – Омск, 2012. 45 с.
29. А.В. Березников, Е.А. Берсенева, С.О. Шкитин Экспертиза качества медицинской помощи /– М.: ООО «Светлица», 2019 – 176 с.
30. С.О. Шкитин, А.В. Березников, Е.А. Берсенева [и др.] Методические рекомендации по диагностике и лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией, которым медицинская помощь оказана с нарушениями / // - М.: ООО «Светлица», 2018 – 48 с.
31. Шкитин С.О., Березников А.В. Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы // Кардиология: 2016: итоги и перспективы: сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции (56 ежегодная сессия Российского кардиологического научно-практического комплекса). – 2016. – С.43
32. Шкитин, С.О. Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи при хронической ишемической болезни сердца в обязательном медицинском страховании // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 1. – С. 37-46.
33. С.О. Шкитин, А.В. Березников, В.А. Шкитин [и др.] Экспертная оценка случаев оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST электрокардиограммы / // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. – № 3. – С. 17-23.

34. С.О. Шкитин, Г.И. Нечаева, А.В. Березников [и др.] Декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность: применение лечебных и диагностических мероприятий, контроль эффективности // Вестник Росздравнадзора. – 2017. – № 1. – С. 53-60.
35. Wittekind C., Gradistanac T. Post-mortem examination as a quality improvement instrument. Dtsch. Arzte bl. Int. 2018;115(39): p. 653-658.
36. Hyejong S. M., Milikowski C. Comparison of clinical diagnoses and autopsy findings: six-year retrospective study. Arch. Pathol. Lab. Med. 2017;141(9): p.1262-1266.
37. Задворная О.Л., Восканян Ю.Э., Шикина И.Б., Борисов К.Н. Социально-экономические аспекты последствий медицинских ошибок в медицинских организациях. МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2019;10(1):99-113. [https://doi.org/ 10.18184/2079-4665.2019.10.1.99-113](https://doi.org/10.18184/2079-4665.2019.10.1.99-113)
38. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Клинико-анатомические сопоставления в оценке качества медицинской помощи // Судебная медицина, 2019 г, том 5, № 2, С. 4-9.
39. Полянко Н. И., Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Проблема расхождений диагнозов в оценке качества оказания медицинской помощи // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента. Сборник научных трудов. Том 1. Выпуск 1,-2019, С. 60-61.

References

1. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ (red. ot 22.12.2020)» Stat'ya 90. Vnutrennij kontrol' kachestva i bezopasnosti medicinskoj deyatel'nosti [Federal Law No. 323-FZ of 21.11.2011 (as amended on 22.12.2020) " Article 90. Internal control of the quality and safety of medical activities] [http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384997//,\(data obrashcheniya 16.06.2021 goda\) \(in Russian\)](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_384997//,(data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian))
2. Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ (red. ot 22.12.2020)» Stat'ya 48. Vrachebnaya komissiya i konsilium vrachej [Federal Law No. 323-FZ of 21.11.2011 (as amended on 22.12.2020) " Article 48. Medical commission and consultation of doctors] [http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895//, \(data obrashcheniya 16.06.2021 goda\) \(in Russian\)](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895//, (data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian))
3. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 31 iyulya 2020 g. № 785n "Ob utverzhdenii Trebovanij k organizacii i provedeniyu vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti medicinskoj deyatel'nosti" [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 785n of

July 31, 2020 " On Approval of the Requirements for the Organization and Conduct of Internal Quality Control and Safety of Medical Activities"], <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=363867&demo=1>, (data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian)

4. 4.Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 05.05.2012 N 502n (red. ot 02.12.2013) Ob utverzhdenii poryadka sozdaniya i deyatelnosti vrachebnoj komissii medicinskoj organizacii” [Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 05.05.2012 N 502n (ed. of 02.12.2013) On Approval of the Procedure for the Establishment and Operation of the medical commission of a medical organization”] <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=157003&demo=1>(data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian)

5. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 16 aprelya 2012 g. N 291 "O licenzirovanii medicinskoj deyatelnosti (za isklyucheniem ukazannoj deyatelnosti, osushchestvlyаемoj medicinskimi organizაციyami i drugimi organizაციyami, vkhodyashchimi v chastnuyu sistemu zdavoohraneniya, na territorii innovacionnogo centra "Skolkovo")" (s izmeneniyami i dopolneniyami) [Resolution of the Government of the Russian Federation of April 16, 2012 N 291 " On licensing of medical activities (with the exception of the specified activities carried out by medical organizations and other organizations that are part of the private healthcare system on the territory of the Skolkovo Innovation Center) "(with amendments and additions)]. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_369426/ (data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian)

6. Federal'nyj zakon "O licenzirovanii otdel'nyh vidov deyatelnosti" ot 04.05.2011 N 99-FZ [Federal Law" On Licensing of certain Types of activities " of 04.05.2011 N 99-FZ]. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_356078/, (data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian)

7. Sostoyanie i osnovnye zadachi razvitiya patologo-anatomicheskoy sluzhby Rossijskoj Federacii: [Otraslevoe statisticheskoe issledovanie za 2019 god] [The state and main tasks of the development of the pathologic and anatomical service of the Russian Federation: A branch statistical study for 2019] / Pod red. Franka G. A. / Minzdrav Rossii – M., 2020: 96 (in Russian)

8. Sostoyanie i osnovnye zadachi razvitiya patologo-anatomicheskoy sluzhby Rossijskoj Federacii: Otraslevoe statisticheskoe issledovanie za 2018 god [The state and main tasks of the development of the pathologic and anatomical Service of the Russian Federation: A branch statistical

study for 2018] / Pod red. Franka G. A. / Minzdrav Rossii. – M., 2019. – 92 s. – ISBN: 5-94116-026-5. – dostupno po ssylke: <https://istina.msu.ru/download/228220623/1jLNVl:9LzatJaoI2GsOrrLirj3cCo3hME/>, (data obrashcheniya 16.06.2021 goda) (in Russian)

9. Problemy ocenki pokazatelej smertnosti ot otdel'nyj prichin: soglasovannoe ekspertnoe mnenie (rezolyuciya rabochej gruppy Kongressa «Chelovek i lekarstvo») April' 2018 g., Moskva [Problems of assessing mortality rates from various causes: agreed expert opinion (resolution of the working group of the Congress "Man and medicine») April 2018, Moscow] Pharmateka [Farmateka] 2018; 3: 85-87.(in Russian)

10. Baklanova T.N., Popovich V.K., Shikina I.B. Examination of fatalities as an effective tool in managing the quality of medical care [Ekspertiza letal'nyh iskhodov kak dejstvennyj instrument v upravlenii kachestvom okazaniya medicinskoj pomoshchi] . Quality management in health and social development [Menedzhment kachestva v sfere zdavoohraneniya i social'nogo razvitiya] . 2012; 4 (14): 40-44. (in Russian)

11. Zahar'in G.A. Klinicheskie lekci i izbrannye stat'I [Clinical lectures and selected articles] M., 1909: 502 (in Russian)

12. Dal' M.K. Formulirovka patologoanatomicheskogo i klinicheskogo diaznozov. Patologoanatomicheskaya dokumentaciya [Formulation of pathoanatomic and clinical diagnoses. Pathoanatomical documentation] Kiev: Medgiz, 1958: 115 (in Russian)

13. Hazanov A.T. Vvedenie v sekcionnyj kurs: Metod. posobie dlya stud. VI kursa med. in-tov [Introduction to the sectional course: Method. manual for students. VI course of med. in-tov.]. Izdatel'stvo: Medicina. Leningradskoe otd-nie, 1969: 190.(in Russian)

14. Abrikosov A. I., Strukov A. I. Patologicheskaya anatomiya [Pathological anatomy] Moskva : Medgiz, 1954: 500.(in Russian)

15. Avtandilov G.G. Oformlenie patologoanatomicheskogo diazoza : (Lekciya) [Making a pathoanatomical diagnosis : (Lecture)] M-vo zdavoohraneniya SSSR, Centr. in-t usoversh. vrachej. - M. : COLIUV, 1984: 25 (in Russian)

16. Davydovskij I. V. Metodologicheskie osnovy patologii [Methodological foundations of pathology] Vopr. Filosofii [Questions of philosophy] 1968; 5: 84 — 94.(in Russian)

17. Prikaz FFOMS ot 28.02.2019 N 36 "Ob utverzhenii Poryadka organizacii i provedeniya kontrolya ob"emov, srokov, kachestva i uslovij predostavleniya medicinskoj pomoshchi po obyazatel'nomu medicinskomu strahovaniyu" (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 18.06.2019 N

54950) [Order of the Federal Health Insurance Fund of 28.02.2019 No. 36 "On Approval of the Procedure for Organizing and Conducting control of the Volume, timing, Quality and Conditions of Providing Medical Care under Mandatory Medical Insurance" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 18.06.2019 No. 54950)] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/, (obrashchenie 16.06.2021).(in Russian)

18. Prikaz Minzdrava Rossii ot 06.06.2013 N 354n "O poryadke provedeniya patologo-anatomicheskikh vskrytij" (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 16.12.2013 N 30612) [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 06.06.2013 N 354n "On the procedure for conducting pathologic and anatomical autopsies" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 16.12.2013 N 30612)] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155839/, (obrashchenie 17.06.2021).(in Russian)

19. Prikaz Minzdravsocrazvitiya RF ot 12.05.2010 N 346n "Ob utverzhdenii Poryadka organizacii i proizvodstva sudebno-medicinskih ekspertiz v gosudarstvennyh sudebno-ekspertnyh uchrezhdeniyah Rossijskoj Federacii" (Zaregistrovano v Minyuste RF 10.08.2010 N 18111), [Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 12.05.2010 N 346n "On Approval of the Procedure for Organizing and Conducting Forensic Medical Examinations in State Forensic Institutions of the Russian Federation" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation on 10.08.2010 N 18111)], http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/, (obrashchenie 16.06.2021).(in Russian)

20. Prikaz Minzdrava Rossii ot 31.07.2020 N 785n "Ob utverzhdenii Trebovanij k organizacii i provedeniyu vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti medicinskoj deyatel'nosti" (Zaregistrovano v Minyuste Rossii 02.10.2020 N 60192) [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 31.07.2020 N 785n "On approval of Requirements for the organization and conduct of internal quality control and safety of medical activities" (Registered with the Ministry of Justice of the Russian Federation 02.10.2020 N 60192)] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_363867/, (obrashchenie 16.06.2021).(in Russian)

21. Davydovskij I. V. Obschaya patologiya cheloveka [General human pathology] 3e izd. M.: Medicina, 1971: 612.

22. Davydovskij I. V., Sil'vestrov V. E. Ob opredelenii ponyatiya «bolezni» [About the definition of the concept of "disease"]. Arh. pat. [Arch.pat.], 1966; 1: 3 — 8.(in Russian)
23. Davydovskij I.V. Voprosy smernosti naseleniya g. Moskvy po dannym patologoanatomicheskikh otdelenij bol'nic, roditel'nykh domov i institutov MOZ za 1923-1927 gg. – [Questions of mortality of the population of Moscow according to the data of pathoanatomical departments of hospitals, maternity hospitals and institutes of the Ministry of Health for 1923-1927] - Moskovskij medicinskij zhurnal [Moscow Medical Journal], 1929; yu: 19-58.(in Russian)
24. Davydovskij I.V. Kliniko-anatomicheskie konferencii, ih mesto i znachenie v sisteme bol'nichnoj raboty [Clinical and anatomical conferences, their place and significance in the system of hospital work] Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii, Archive of pathological [Anatomy and pathological Physiology] 1935; 3: z-yu (in Russian)
25. 24. Zabozlaev F.G., Zarat'yanc O.V., Kakturskij I.V. Metodicheskie rekomendacii po sopostavleniyu zaklyuchitel'nogo klinicheskogo i patologoanatomicheskogo/sudebno-medicinskogo diaznozov [Methodological recommendations for the comparison of the final clinical and pathoanatomical/forensic diagnoses] Sudebnaya medicina [Forensic medicine] . 2019; 4. 5: 48-56. (in Russian)
26. Prikaz Ministerstva zdravooxraneniya RF ot 10 maya 2017 g. № 203n "Ob utverzhdenii kriteriev ocenki kachestva medicinskoj pomoshchi" [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 203n of May 10, 2017 " On Approval of Criteria for Assessing the Quality of Medical care"] ,<https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=216975&demo=1>, (data obrashcheniya: 16.06.2021 goda).(in Russian)
27. Bereznikov A.V., Berseneva E.A., Shkitin S.O. Ekspertiza kachestva medicinskoj pomoshchi: uchebnoe posobie [Examination of the quality of medical care: a textbook] M.: OOO «Svetlica», 2019: 173. (in Russian)
28. Bereznikov A.V. Sudebno-medicinskaya ocenka defektov okazaniya terapevticheskoy pomoshchi: dis. dokt. medicinskih nauk:14.03.05, 14.01.04 [Forensic medical assessment of defects in the provision of therapeutic care: dis. doct. medical sciences: 14.03.05, 14.01.04] Omsk, 2012: 45 (in Russian)
29. Shkitin S.O., Bereznikov A.V., Berseneva E.A. Ekspertiza kachestva medicinskoj pomoshchi [Examination of the quality of medical care] M.: OOO «Svetlica», 2019:176 (in Russian)
30. Shkitin S.O., Bereznikov A.V., Berseneva E.A. Metodicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniyu pacientov s serdechno-sosudistoj patologiej, kotorym medicinskaya

pomoshch' okazana s narusheniyami [Methodological recommendations for the diagnosis and treatment of patients with cardiovascular pathology, who receive medical care with disabilities] М.: ООО «Svetlica», 2018: 48 (in Russian)

31. Shkitin S.O., Bereznikov A.V. Ekspertnaya ocenka sluchaev okazaniya medicinskoj pomoshchi s ostrym koronarnym sindromom bez pod"ema segmenta ST elektrokardiogrammy [Expert assessment of cases of medical care with acute coronary syndrome without ST segment elevation electrocardiograms] Kardiologiya: 2016: itogi i perspektivy: sbornik tezisov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii (56 ezhegodnaya sessiya Rossijskogo kardiologicheskogo nauchno-prakticheskogo kompleksa [Cardiology: 2016: results and Prospects: collection of abstracts of the All-Russian Scientific and Practical Conference (56th annual session of the Russian Cardiology Scientific and Practical Complex)]. 2016: 43 (in Russian)

32. Shkitin, S.O. Ekspertnaya ocenka sluchaev okazaniya medicinskoj pomoshchi pri hronicheskoy ishemicheskoy bolezni serdca v obyazatel'nom medicinskom strahovanii [Expert assessment of cases of medical care in chronic ischemic heart disease in mandatory medical insurance] Vestnik Roszdravnadzor [Vestnik Roszdravnadzora]. 2016;1:37-46 (in Russian)

33. 32. Shkitin S.O. , Bereznikov A.V., Shkitin V.A. Ekspertnaya ocenka sluchaev okazaniya medicinskoj pomoshchi s ostrym koronarnym sindromom bez pod"ema segmenta ST elektrokardiogrammy [Expert assessment of cases of medical care with acute coronary syndrome without ST segment elevation electrocardiograms] Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii [Bulletin of the Smolensk State Medical Academy]. 2016; 3: 17-23. (in Russian)

34. Shkitin S.O., NechaevaG.I., Bereznikov A.V. Dekompensirovannaya hronicheskaya serdechnaya nedostatochnost': primeneniye lechebnyh i diagnosticheskikh meropriyatij, kontrol' effektivnosti [Decompensated chronic heart failure: the use of therapeutic and diagnostic measures, control of effectiveness] Vestnik Roszdravnadzora. 2017;1: 53-60 (in Russian)

35. Wittekind C., Gradistanac T. Post-mortem examination as a quality improvement instrument. Dtsch. Arzte bl. Int. 2018;115(39): p. 653-658.

36. Hyejong S. M., Milikowski C. Comparison of clinical diagnoses and autopsy findings: six-year retrospective study. Arch. Pathol. Lab. Med. 2017;141(9): p.1262-1266.

37. Zadvornaya O.L., Voskanyan Yu.E., Shikina I.B., Borisov K.N. Socio-economic aspects of the consequences of medical errors in medical organizations [Social'no-ekonomicheskie aspekty posledstvij medicinskih oshibok v medicinskih organizacijah]. WORLD (Modernization.

Innovations. Development) [MIR (Modernizaciya. Innovacii. Razvitie)]. <https://doi.org/10.18184/2079-4665.2019.10.1.99-113> (In Russian).

38. Zajrat'yanc O. V., Kakturskij L. V. Kliniko-anatomicheskie sopostavleniya v ocenke kachestva medicinskoj pomoshchi [Clinical and anatomical comparisons in assessing the quality of medical care]. Sudebnaya medicina [Forensic Medicine]. 2019; 2.5: 4-9 (in Russian)

39. Polyanko N. I., Zajrat'yanc O. V., Kakturskij L. V. Problema raskhozhdenij diaгнозов v oценке kachestva okazaniya medicinskoj pomoshchi [The problem of discrepancies in diagnoses in the assessment of the quality of medical care]. Trudy nauchno-issledovatel'skogo instituta organizacii zdavoohraneniya i medicinskogo menedzhmenta. Sbornik nauchnyh trudov. [Proceedings of the Research Institute of Health Organization and Medical Management. Collection of scientific papers] 2019; 1.1 : 60-61 (in Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare that there is no conflict of interest.

Сведения об авторах

Лебедева Анастасия Михайловна – кандидат медицинских наук, заместитель руководителя дирекции медицинской экспертизы по организационно-методической работе ООО «АльфаСтрахование – ОМС», 115162, Москва, ул. Шаболовка, 31, стр. 11. Тел. раб. +7 (495) 788-09-99 доб. 1003. E-mail: lebedevaa2010@yandex.ru

SPIN: 8628-2528, ORCID ID: 0000-0001-7724-0692

Березников Алексей Васильевич - доктор медицинских наук, руководитель дирекции медицинской экспертизы ООО «АльфаСтрахование – ОМС», доцент кафедры терапии с курсом фармакологии и фармации Медицинского института непрерывного образования Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет пищевых производств», врач-терапевт. 115162, Москва, ул. Шаболовка, 31, стр. 11. E-mail: avbereznikov@mail.ru

ORCID ID: 0000-0003-1432-9467

Берсенева Евгения Александровна - доктор медицинских наук, научный руководитель ФГБУ «Национальный институт качества Росздравнадзора», советник директора ФГБНУ

«Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», заведующая кафедрой организации здравоохранения и управления качеством ИОМ РАНХиГС при Президенте РФ. 109074, Москва, Славянская площадь, дом 4, стр.1. Тел. раб. +7 (495) 980-29-35. E-mail: eaberseneva@gmail.com.

SPIN: 7361-9544, ORCID ID: 0000-0003-3481-6190

Шкитин Сергей Олегович - кандидат медицинских наук, заместитель руководителя дирекции медицинской экспертизы по организации деятельности страховых представителей третьего уровня ООО «АльфаСтрахование – ОМС» 115162, Москва, ул. Шаболовка, 31, стр. 11, E-mail: ishkitin@gmail.com, SPIN: 9074-0609, ORCID ID: 0000-0001-8291-521X

Макарец Надежда Виленовна - заместитель руководителя дирекции медицинской экспертизы по контрольно-ревизионной деятельности, ООО «АльфаСтрахование-ОМС», врач-педиатр. 115162, Москва, ул. Шаболовка, 31, стр. 11. E-mail: nadya19802007@yandex.ru, ORCID ID 0000-0001-6766-5726

About the authors

Lebedeva Anastasia Mikhailovna - PhD, Deputy Head of the Directorate of Medical Expertise of LLC "AlfaStrakhovanie – OMS", 115162, Moscow, Shabolovka str., 31, p. 11. E-mail: lebedevaa2010@yandex.ru

Bereznikov Alexey Vasilievich- MD, Head of the Directorate of Medical Expertise of LLC "AlfaStrakhovanie-OMS", Associate Professor of the Department of Therapy with the course of Pharmacology and Pharmacy of the Medical Institute of Continuing Education of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State University of Food Production", General practitioner. 115162, Moscow, Shabolovka str., 31, p. 11. E-mail: avbereznikov@mail.ru

Berseneva Evgeniya Aleksandrovna - MD, PhD, Scientific Director of the Federal State Budgetary Institution "National Institute of Quality of Roszdravnadzor", Advisor to the Director of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko, Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation. 109074, Moscow, Slavyanskaya square, house 4, p.1.E-mail: eaberseneva@gmail.com.

SPIN: 7361-9544, ORCID ID: 0000-0003-3481-6190

Shkitin Sergey Olegovich - Candidate of Medical Sciences, Deputy Head of the Directorate of medical Expertise for the organization of the activities of third-level insurance representatives of LLC "AlfaStrakhovanie – OMS" 115162, Moscow, Shabolovka str., 31, p. 11.

E-mail: ishkitin@gmail.com, SPIN: 9074-0609, ORCID ID: 0000-0001-8291-521X

Makarets Nadezhda Vilenovna- deputy head of the Directorate of medical Expertise for control and audit activities, LLC "AlfaStrakhovanie-OMS", pediatrician. 115162, Moscow, Shabolovka str., 31, p. 11. E-mail: nadya19802007@yandex.ru

Статья получена: 28.06.2021 г.
Принята к публикации: 28.09.2021 г.