

## СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ И ЧАСТОТА РАСХОЖДЕНИЙ МЕЖДУ КЛИНИЧЕСКИМИ И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ

*Валерий Петрович Нефедов, Альмир Рашидович Абашев,  
Камиль Мустафович Абдрашитов, Игорь Леонидович Сердюк*

*Республиканская клиническая больница № 3 (главрач – А.Р. Абашев) МЗ РТ, г. Казань*

### Реферат

Проведен ретроспективный анализ структуры летальности и качества клинической диагностики в терапевтическом отделении за 2001–2009 гг. Наибольшее число вскрытий умерших пришлось на гериатрическую группу (старше 70 лет), в которой преобладали заболевания органов кровообращения (85%). Расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами наблюдалось в среднем в 10,8% случаев.

Ключевые слова: структура летальности, расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами.

Клинико-анатомический разбор летальных исходов – важнейший раздел деятельности патологоанатомов (наряду с микроскопическим исследованием операционного, биопсийного и эндоскопического материала). Патологоанатомическая экспертиза обеспечивает контроль качества лечебно-диагностического процесса в стационарах. Все тела больных, умерших в стационарах от ненасильственных причин, согласно приказу Минздравмедпрома России (№82 от 29.04.94 г.), подвергаются вскрытию, кроме случаев, предусмотренных статьей 48 «Проведение патологоанатомических вскрытий» Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, а именно «по религиозным или иным мотивам на основании письменного заявления членов семьи умершего». Применение на практике вышеуказанной статьи привело к резкому снижению числа вскрытий, что отразилось на достоверности государственной статистики причин смертности населения. По опубликованным данным, в стационарах Москвы во второй половине 90-х годов вскрытия проводились в 67–74% случаев летальных исходов [2], а в 2000–2004 гг. – лишь в 55–64% [3]. Средний процент вскрытий в ЛПУ России в 2000–2004 гг. составлял 59,5 – 60% [8].

Система оценки качества лечебно-диагностической деятельности учреждений здравоохранения на основе результатов посмертных патологоанатомических исследований была разработана в СССР в 70–80-х годах XX столетия [6, 7] и применяется до настоящего вре-

мени [13]. В числе критериев качества лечебно-диагностической деятельности ведущим считается показатель частоты расхождения между заключительным клиническим и патологоанатомическим диагнозами по основному заболеванию. В патологоанатомическом диагнозе основным считается то заболевание, которое само или через связанное с ним осложнение (непосредственная причина смерти) привело к смерти больного. У лиц пожилого и старческого возраста при наличии многих болезней выделяют из них наиболее тяжелое основное заболевание со статистически высокой частотой летальных исходов или с наибольшим «вкладом» в танатогенез [1]. Расхождения основных диагнозов группируют по нозологическим формам, этиологии, локализации патологического процесса [6]. В 2000–2004 гг. частота расхождений между клиническим и патологоанатомическим диагнозами в ЛПУ России составляла в среднем 12,3 – 13,4% [8].

Нами был проведен анализ летальности и частоты расхождения между клиническими и патологоанатомическими диагнозами в терапевтическом отделении РКБ № 3 за 2000–2009 гг. Из 555 умерших вскрытию подверглись 296 (55,6%). В отдельные годы процент вскрытий был меньше 50% (см. табл.). Среди умерших было 158 мужчин и 138 женщин. Выделены три возрастные группы: молодая (до 50 лет), пожилая (от 51 до 70 лет) и старческая (старше 70 лет). Наибольшее число вскрытий (137) пришлось на третью возрастную группу, в которой преобладали женщины (80 женщин и 57 мужчин), в первых двух группах (соответственно 38 и 121 человек) – мужчины (101 мужчина и 58 женщин).

Структуру смертности изучали по данным патологоанатомических вскрытий в соответствии с МКБ-10. Преобладали болезни системы кровообращения (84,0%), ведущей первоначальной причиной смерти был инфаркт миокарда (210 случаев из 249). Реже наблюдались кардиомиопатии (14), инсульты (7), тромбозы легочной артерии (5). В молодой группе (до 50 лет) мужчин с инфарктом миокарда было в 3 раза больше, чем женщин. Второе место по

Таблица 1

Летальность и количество расхождений между клиническими и патологоанатомическими диагнозами в период 2000–2009 гг.

| Годы  | Число умерших (абс.) | Количество вскрытий |      | Число расхождений |      | Категории расхождений (абс.) |     |     |
|-------|----------------------|---------------------|------|-------------------|------|------------------------------|-----|-----|
|       |                      | абс.                | %    | абс.              | %    | 1-я                          | 2-я | 3-я |
| 2000  | 51                   | 29                  | 56,8 | 2                 | 6,9  | -                            | 1   | 1   |
| 2001  | 52                   | 34                  | 65   | 4                 | 11,7 | 2                            | 1   | 1   |
| 2002  | 45                   | 26                  | 57   | 3                 | 11,5 | 1                            | 2   | -   |
| 2003  | 48                   | 29                  | 60   | 3                 | 10,3 | -                            | 3   | -   |
| 2004  | 47                   | 27                  | 57,5 | 3                 | 11,1 | 1                            | 2   | -   |
| 2005  | 61                   | 32                  | 52,5 | 3                 | 9,4  | 1                            | 2   | -   |
| 2006  | 50                   | 23                  | 46   | 4                 | 17,4 | 1                            | 2   | 1   |
| 2007  | 68                   | 31                  | 45   | 3                 | 9,6  | 2                            | 1   | -   |
| 2008  | 73                   | 30                  | 41   | 5                 | 16,6 | 3                            | 1   | 1   |
| 2009  | 60                   | 35                  | 58,2 | 2                 | 5,7  | -                            | 1   | 1   |
| Всего | 555                  | 296                 | 55,6 | 32                | 10,8 | 11                           | 16  | 5   |

частоте занимали болезни органов дыхания (7,7%). Доля остальных заболеваний составляла 8,3%, среди которых были два случая клинически не выявленного генерализованного туберкулеза. Частота посещения аутопсий в нашей больнице клиницистами составляет практически 100%.

Процент расхождений между клиническими и патологоанатомическими диагнозами в разные годы колебался от 5,7 до 17,4%. В общей сложности за 9 лет установлено 32 случая расхождения диагнозов, т.е. частота их в среднем составляла 10,8% (см. табл.). Наиболее часто клиницистами не диагностировались болезни органов кровообращения (18 случаев вскрытий), реже — опухоли (4) и прочие заболевания (10). По данным литературы [4], процент расхождений по основному заболеванию в группе ИБС может достигать 30%.

Суммарный показатель частоты дефекта клинической диагностики дополняется подразделением его на категории (1, 2, 3) и причины расхождений диагнозов [5]. Распределение расхождений диагнозов по категориям в нашем материале следующее: 1-я категория — 3,7%, 2-я — 5,4%, 3-я — 1,7%. Обращает на себя внимание низкий процент расхождений диагнозов 3-й категории, в то время как, например, в областных больницах г. Челябинска он в 3 раза выше [5]. В подавляющем числе случаев расхождения диагнозов имели место объективные причины дефектов диагностики, обусловленные кратковременностью пребывания больного (досуточная летальность) или трудностями комплексного обследования из-за тяжести состояния. Часть случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов нашла отражение в наших публикациях последних лет [9, 10, 11, 12].

Результаты проведенного исследования

указывают на необходимость совершенствования контроля лечебно-диагностического процесса путем увеличения частоты и качества аутопсий, а также создания новой законодательной базы для патологоанатомической экспертизы в Российской Федерации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. — М., 1987. — 94 с.
2. Зайратьянц О.В. Патологоанатомическая служба для взрослого населения: опыт Москвы. /Тез. II съезда Международного союза ассоциаций патологоанатомов. — М., 1999. — С. 105— 106.
3. Зайратьянц О.В., Поляно Н.И. Итоги работы патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений департамента здравоохранения г.Москвы за 5 лет (2000-2004 г.г.) в таблицах/ Труды II съезда Росс. общ. патологоанат. — М., 2006. — С. 245—253.
4. Иванова Г.С., Глузов В.Я., Баженов Е.Л. Структура летальности при ишемической болезни сердца в специализированных лечебных учреждениях г.Ижевска/ Труды II съезда Росс. общ. патологоанат. — М., 2006, т.2. — С.60— 61.
5. Коваленко В.Л., Кокшаров В.Н., Сычугов Г.В. Размышления об использовании показателя частоты расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию в роли индикатора качества работы лечебно-профилактических учреждений/ Труды II съезда Росс. общ. патологоанат. — М., 2006. — С. 268—272.
6. Методические рекомендации по проведению клинико-анатомических конференций. — М., 1972. — 11 с.
7. Методические рекомендации «Правила оформления медицинской документации патологоанатомического отделения (секционный раздел работы). — М., 1987. — 45 с.
8. Мишнев О.Д., Трусов О.А., Кравченко Э.В., Шеголев А.И. Итоги работы патологоанатомической службы

взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Минздрава России за 2001-2004 годы (в цифрах)/ Труды II съезда Росс. общ. патологоанат. — М., 2006, т.2. — С. 281— 284.

9. Нефедов В.П., Абашев А.Р. Патоморфологические аспекты повторного инфаркта миокарда// Казанский мед. ж. — 2007. — № 4. — С. 339—342.

10. Нефедов В.П., Валиев Р.Ш., Цибульский Н.А., Цылаков Д.Э. Случай генерализованного милиарного туберкулеза у ВИЧ-инфицированного больного//Казанский мед. ж.— 2006. — № 5. — С. 377— 379.

11. Нефедов В.П., Нефедов О.В. «Трудности в клинико-патоморфологической диагностике дилатационной кардиомиопатии»/Труды II съезда Росс. общ. патологоанат. — М., 2006, т.2. — С. 126— 128.

12. Нефедов В.П., Цибульский Н.А. Легочная гипертензия и патология легочной артерии// Казанский мед. ж. — 2004. — № 4. — С. 249— 251.

13. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Анчиков Н.М. Руководство по биопсийно-секционному курсу. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.

Поступила 12.05.09.

## THE STRUCTURE OF LETHALITY AND FREQUENCY OF DISCREPANCIES BETWEEN CLINICAL AND PATHOLOGICAL DIAGNOSES

V.P. Nefedov, A.R. Abashev, K.M. Abdrashitov, I.L. Serdyuk

### Summary

Conducted was a retrospective analysis of the structure of mortality and quality of clinical diagnosis in the Therapeutic Department during the years 2001-2008. The largest number of autopsies was in the geriatric group (over 70), in which women predominate. According to autopsy results the diseases of the circulatory system predominated (85%). The discrepancy between the clinical and mortem diagnoses was observed in an average of 10,8% of cases.

Key words: structure of mortality, clinical and pathological diagnoses.

УДК 615.036: 616-036.866-036.86 (571.61)

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Рамиль Габдельхакович Тураев, Любовь Николаевна Войт, Екатерина Сергеевна Аббасова

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. — проф. Л.Н. Войт) Амурской государственной медицинской академии, г. Благовещенск

### Реферат

Показаны структура, тенденции и особенности распространенности заболеваемости среди населения Амурской области как в городах, так и в сельской местности. В последние годы регистрируется увеличение показателей общей и первичной заболеваемости, которые составили соответственно 1469,1 и 750,9 на 1000 населения.

Ключевые слова: общая заболеваемость по обращаемости, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, общая заболеваемость детей.

Заболеваемость является одним из важных показателей общественного здоровья населения. В последние три года общая заболеваемость населения в Амурской области увеличилась на 9,1%, первичная — на 7,1% и в 2008 г. составила соответственно 1469,1 и 750,9 на 1000 всего населения (в РФ: общая — 1543,1, первичная — 770,4 на 1000 населения). Рост заболеваемости объясняется внедрением в практику современных медицинских технологий, диспансеризацией населения, повышением доступности качественной медицинской помощи в первичном звене. В структуре всех возрастных групп населения увеличилась доля заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. Показатели заболеваемости в городах почти в 2 раза выше, чем на селе. Как и в

предыдущие два года, в структуре обращаемости взрослого населения лидируют сердечно-сосудистые заболевания (18,3%), далее следуют патология органов дыхания (12,9%), болезни мочеполовой системы (9,5%), органов пищеварения (8,7%), глаза (8,3%), костно-мышечной системы (7,6%). В структуре заболеваемости сельских жителей болезни органов дыхания, ранее занимавшие первое место, также переместились на второе (15,4%), уступив болезням системы кровообращения (20,2%). Увеличение частоты сердечно-сосудистых заболеваний отчасти объясняется ранней диагностикой артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца. Наиболее высокий уровень заболеваемости системы органов кровообращения в 2008 г. был зарегистрирован в г. Благовещенске — 435,9 на 1000 населения, Свободненском районе — 260,6, п.г.т. Прогресс — 244,0 (по области — 194,5‰). Наибольшее число впервые выявленных больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы наблюдалось в г. Тында — 47,1 на 1000 населения, п.г.т. Прогресс — 47,7‰, в г. Райчихинске — 36,4‰ и Михайловском районе — 35,0 ‰ (по области — 20,6‰). Низкой остается заболеваемость сердечно-сосудистой патологией в Селемджинском районе — 63,4 на 1000 человек (впервые выявленных —