

## ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: О ВОЗРОЖДЕНИИ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ

А.Л. Верткин, О.В. Зайратьянц, Е.И. Вовк

Кафедра клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ, Москва

Кафедра патологической анатомии МГМСУ, Москва

Рассматриваются современные реалии развития медицинской науки и практики, их позитивные и негативные аспекты. Обсуждается значение клинических рекомендаций для оптимизации качества и стоимости лечебных мероприятий. Указывается, что внедрение этих стандартов не может предотвратить многие диагностические ошибки, причиной которых является несоответствующая современным требованиям теоретическая подготовка врачей, приводящая к субъективной, ошибочной трактовке результатов обследования больных. Обосновывается важное значение клиничко-анатомических конференций с использованием современных методов визуализации данных аутопсий в обеспечении качества медицинского образования врачей, в т. ч. последипломного.

**Ключевые слова:** клиничко-анатомическая конференция, аутопсия, клинические рекомендации, доказательная медицина, диагностические ошибки

Последние десятилетия XX века ознаменовались двумя, без преувеличения, революционными явлениями в медицинской практике. Во-первых, с появлением высокоточной рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии произошло коренное улучшение диагностики заболеваний внутренних органов. Во-вторых, бурное развитие единого информационного пространства Интернета и становление доказательной медицины (evidence based medicine) позволили сделать результаты наиболее масштабных и достоверных клиничко-эпидемиологических исследований достоянием широкой врачебной аудитории. Одновременно стало очевидным и то, что при потенциальной доступности высоких медицинских технологий ни одна страна в мире не может финансировать здравоохранение так, как это было бы необходимо для обеспечения максимально возможного качества общедоступной медицинской помощи. В связи с этим ВОЗ была сформулирована Концепция рационального использования ресурсов и лекарственных средств, декларирующая доступность для больных медикаментов и в дозах, им показанных, на протяжении необходимого времени и по наименьшей стоимости как для пациента, так и для общества. В соответствии с этими

принципами необходимость регламентации оказания медицинской помощи в рамках национальных и международных стандартов стала требованием времени и стимулировала активную разработку клиничко-рекомендаций по диагностике и лечению.

В течение последних лет процесс ориентации национальных стандартов оказания медицинской помощи на уровень качественной медицинской практики (GCP) привел к активной разработке согласительных клиничко-рекомендаций по диагностике и лечению социально значимых заболеваний (рис. 1). При этом национальные клиничко-рекомендации практически в непрерывном режиме дорабатываются в соответствии с данными международных эпидемиологических и клиничко-исследований.

Этот процесс перманентного обновления клиничко-рекомендаций, протекающий на фоне лавинообразного увеличения количества медицинской информации, значительно модифицировал модели обучения и работы терапевта. Необходимость быть в курсе последних достижений медицины является сегодня неотъемлемой частью профессиональной компетентности врача.

Применение на практике клиничко-рекомендаций должно способствовать решению следующих актуальных задач здравоохранения:

- улучшение течения и исходов заболеваний;
- уменьшение количества врачебных ошибок;
- обеспечение стандартизации и преемственности медицинской помощи;

Рис. 1. Современная иерархия клиничко-рекомендаций



Таблица 1. Частота (%) классов заболеваний – первоначальных причин смерти по результатам вскрытий умерших в стационарах взрослой сети лечебно-профилактических учреждений трех мегаполисов РФ за 7 лет (Зайратьянц О.В. и соавт., 2006) \*

№	Классы болезней по МКБ-10	Годы						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	3,5	3,5	3,7	3,4	3,7	4,3	4,3
II	Новообразования	11	13	18	13,4	13,2	12,9	13,4
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1	1	1	0,3	0,2	0,1	0,2
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1	2	2	1,6	1,4	1,4	1,3
V	Психические расстройства	5	5	5	3,8	3,2	3,5	2,8
VI	Болезни нервной системы	0,1	0,1	0,1	3,3	2,3	1,8	2,0
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0,01	0,01	0,01	0	0	0	0
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	0,02	0,02	0,01	0,08	0,08	0,05	0,1
IX	Болезни системы кровообращения	66,5	63	61,8	52,3	54,7	54,7	54,5
X	Болезни органов дыхания	3	4	3	5,8	5,1	4,8	4,6
XI	Болезни органов пищеварения	8	7	5	12	11,7	11,7	12,5
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,1	0,1	0,06	0,4	0,4	0,4	0,4
XIII	Болезни костномышечной системы и соединительной ткани	0,1	0,1	0,06	0,5	0,4	0,4	0,5
XIV	Болезни мочеполовой системы	0,6	0,4	0,4	2,3	2,3	2,5	2,1
XV	Беременность, роды и послеродовый период	0,06	0,06	0,06	0,07	0,07	0,07	0,04
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,01	0,01	0,01	0,2	0,4	0,4	0,2
XIX–XX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Внешние причины заболеваемости и смертности	0,1	0,1	0,1	1,1	1	1,3	1,1

\* Без судебно-медицинских вскрытий.

• снижение затрат при сохранении высокого качества медицинской помощи.

Действительно, внедрение клинических рекомендаций в течение последнего десятилетия уже привело к улучшению диагностики, лечения и исходов бронхиальной астмы, артериальной гипертензии, язвенной болезни, остеопороза, патологии щитовидной железы и ряда других заболеваний. В то же время

исходы таких важнейших заболеваний, как внебольничная пневмония, острые формы ишемической болезни сердца (ИБС), не претерпели существенных изменений. Анализ первоначальных причин смерти по результатам аутопсий в стационарах трех мегаполисов РФ показал, что на протяжении 7 лет число смертей от сердечно-сосудистых, гастроэнтерологических, урологических и ряда инфекционных заболева-

ний существенно не уменьшилось (табл. 1).

Сохраняется высокая летальность при инсульте, особенно геморрагическом, инфаркте миокарда, осложненной язвенной болезни, остром панкреатите (табл. 2).

Безусловно указанная структура летальности в России как часть процесса депопуляции имеет ряд объективных причин. В то же время, нисколько не упрощая ситуацию, нужно также признать, что исходы социально значимых заболеваний в России до известной степени зависят и от причин субъективного порядка. Важнейшей из них, по нашему мнению, является низкая приверженность практикующих врачей клиническим рекомендациям, которая лежит в основе низкого качества диагностики и резко ухудшает исход лечения. Все еще распространенный у нас “эмпирический” стиль работы к наиболее тяжелым последствиям приводит на этапе первичной медицинской помощи, прежде всего в сфере своевременной диагностики именно острых форм ИБС и ее летальных осложнений (табл. 3).

Рис. 2. Заболевания и осложнения – причины летального исхода в терапевтическом стационаре СМП (по результатам вскрытий в 2005 г., %) (Верткин А.Л. и соавт., 2006)

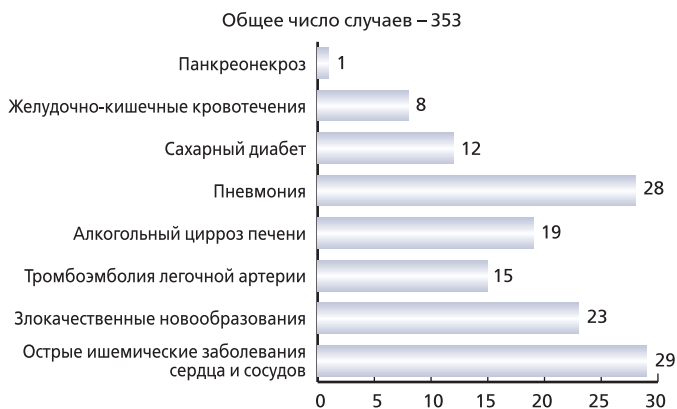


Таблица 2. Летальность (%) при некоторых заболеваниях в стационарах трех мегаполисов РФ за 2003–2006 гг. (Зайратьянц О.В. и соавт., 2006)

Классы МКБ-10	Показатель	Годы			
		2003	2004	2005	2006
IX	Нозологии из групп ИБС и ЦВБ*:				
	- инфаркт миокарда	19,5	19,3	19,5	19,2
	- геморрагический инсульт	69,4	66,9	66,7	65,6
	- ишемический инфаркт головного мозга	27,2	27,4	26,6	26,0
XI	Болезни органов пищеварения:				
	- острые хирургические болезни брюшной полости (общая летальность):	3	2,9	2,9	3,0
	- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки с прободением	3,2	4,4	4,4	4,5
	- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки с кровотечением	11,2	9,6	7,8	9,1
	- острый холецистит	8,8	17,3	13	15,7
	- острый аппендицит	1,4	1,7	1,4	1,4
	- ущемленная грыжа	0,2	0,2	0,2	0,1
	- острая кишечная непроходимость	3,1	3,7	2,8	3,1
	- острый панкреатит	8,1	9,2	9,1	7,3

Примечание. ЦВБ – цереброваскулярные болезни.

По данным нашего собственного клинико-морфологического исследования, основными заболеваниями – причинами смерти в терапевтической клинике – остаются острые формы ИБС (около 30 % летальных исходов), пневмония (около 15 %) и заболевания внутренних органов, ассоциированные со злоупотреблением алкоголем (около 20 %; рис. 2).

Продолжая обсуждение значимости клинических рекомендаций для общественного здравоохранения, следует все же признать, что их эффективность в плане лечения ограничивается “рафинированностью” выборки больных, включенных в исследования, на базе которых эти рекомендации были сформулированы. Результаты таких исследований часто трудно экстраполировать на реальную практику, применять у беременных и пациентов других “особых” групп, больных с сочетанной патологией, доля которых в возрасте старше 55 лет в нашей стране превышает 60 % (Верткин А.Л. и соавт., 2005).

Широкое внедрение в клиническую практику стандартов и рекомендаций имеет еще один аспект, негативно влияющий на исход лечения в отсутствие системы независимого аудита качества диагностики: применение лечебных клинических рекомендаций позволяет врачу практиковать и в отсутствие фундаментальных медицинских знаний. Тем не менее оказание медицинской помощи при важнейших заболеваниях в соответствии с международными стандар-

тами является требованием нашего времени.

Внедрение этих стандартов тесно связано с использованием новых диагностических и информационных технологий, без которых просто невозможно освоение огромного массива данных, которыми сегодня располагает медицинская наука. К сожалению, громадный поток новейшей информации, равно как и растущая доступность высокоинформативных и “затратных” методов диагностики, сами по себе не могут сформировать у практического врача прогрессивное медицинское мировоззрение, основами которого являются знание общей и частной патологии, системное диагностическое мышление. И если диагноз ошибочен, исход лечения становится непредсказуемым, несмотря на его возможную длительность и современное затратное лечение.

Нисколько не упрощая ситуацию, следует признать, что причиной многих диагностических ошибок (особенно на этапах первичной медицинской помощи) является несоответствующая современным требованиям теоретическая подготовка врачей, которая приводит к субъективной, ошибочной трактовке результатов обследования больных.

Таким образом, главным условием успеха лечения были и остаются ранняя и точная диагностика заболевания, базирующаяся на фундаментальных знаниях в области общей и частной патологии, и умение применять эти знания на практике. Даже

при доступности высокотехнологичных методов обследования большого недостатка теоретических знаний порой приводит к назначению лечения в рамках тех или иных клинических рекомендаций в отсутствие обоснованной диагностической концепции.

По данным Пальцева М.А. и соавт. (2004), после 1–2 лет медицинской практики свою профессиональную подготовку как хорошую оценивают только 23 % молодых специалистов (рис. 3).

Так нужно ли практикующему врачу “учиться” диагностике и как это делать? Ответ на этот вопрос был дан великими русскими врачами: “...чем шире и многостороннее образование

Рис. 3. Оценка профессиональной подготовки врачей со стажем работы 1–2 года по блоку клинических дисциплин (М.А. Пальцев, И.Н. Денисов, Б.М. Чекнев, 2004)

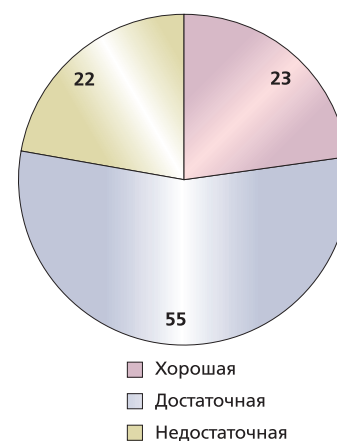


Таблица 3. Частота (%) расхождений диагнозов при различных классах заболеваний у умерших в стационарах трех мегаполисов РФ за последние 7 лет (Зайратьянц О.В. и соавт., 2006)

Классы МКБ-10	Заболевания	Годы						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I	Инфекционные и паразитарные болезни	15	14	14	9	10,8	11	7,4
II	Новообразования	22	21	20	21	22,9	19,9	19,8
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1	1	5	6	17,6	31,3	21,6
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	17	15	15	18	13,1	11,4	9,9
V	Психические расстройства	2	3	4	3	7,4	4,7	9,3
VI	Болезни нервной системы	14	14	15	11	5,8	6,5	8,8
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	–	–	–	–	–	–	–
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	6	6	6	6	11,1	25	0
IX	Болезни системы кровообращения	15	12	14	15	12,3	12,5	11,9
X	Болезни органов дыхания	29	21	21	19	17,4	13,7	16,9
XI	Болезни органов пищеварения	22	21	22	16	15,2	14,5	13,0
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	11	13	11	10	8,1	7,8	11,2
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соедин. ткани	14	12	14	13	7	12,2	10,2
XIV	Болезни мочеполовой системы	31	28	28	26	21,1	21,4	22,4
XV	Беременность, роды и послеродовый период	23	24	18	30	18	30,8	44,8
XVII	Врожденные аномалии (деформации) и хром. нарушения	15	10	21	19	6,7	8,5	20,8
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	15	17	18	18	2,5	6,7	7,7
ВСЕГО (среднегодовой показатель)		16,2	16,2	17,3	15,2	16,8	16,2	16,3

врача, тем вернее будет критика фактов и тем вернее, конечно, будет гипотеза – результат критического разбора всего найденного. Эта-то гипотеза и составляет распознавание (*diagnosis*) болезни исследуемого индивидуума” (С.П. Боткин “Курс клиники внутренних болезней”).

Со времен Галена вскрытие тел умерших было важнейшим источником знаний об анатомии и патологии человека, служило единственным критерием качества диагностики и действенности лечения в каждом конкретном случае. В XX в. эта традиция стала одним из основополагающих принципов европейской медицины. Великими русскими врачами

особенностей каждого летального исхода. Именно этот метод лежал в основе практики врачей и обучения студентов в университетских клиниках.

Совершенствование знаний практического врача в области патологии происходит в ходе непрерывного последипломного образования посредством участия в аутопсиях умерших и клинко-анатомических конференциях. Это дает возможность врачу повысить уровень медицинских знаний, учиться не только на своих, но и на чужих ошибках. К сожалению, следует констатировать, что в современной клинической практике востребованность аутопсий как един-

Сокращение числа и снижение качества проведения патологоанатомических вскрытий, формализованный подход к их проведению, утрата интереса и клиницистов, и морфологов к клинко-анатомическим конференциям представляют собой крайне неблагоприятную тенденцию. Как указывал выдающийся отечественный морфолог академик Саркисов Д.С., “повсеместное сокращение вскрытий следует расценивать как отрицательное явление, свидетельствующее не о прогрессе клинко-анатомического мышления, а о преобладании чисто утилитарного подхода к лечебному делу”.

Антинаучно объяснять уменьшение числа вскрытий соображениями экономии материальных ресурсов и тем, что методы клинической инструментальной диагностики будто стали столь совершенны, что потребность в аутопсии уменьшается. Ссылаясь на высокую затратность аутопсий, их стали в обязательном порядке проводить только в экстренных случаях – при возникновении тех или иных правовых коллизий.

В России еще одной причиной отсутствия интереса клиницистов

**Даже при доступности высокотехнологичных методов обследования больного недостаток теоретических знаний порой приводит к назначению лечения в рамках тех или иных клинических рекомендаций в отсутствие обоснованной диагностической концепции.**

был указан путь сохранения живой связи между клинической патологией и клинической медициной: вскрытие тела умершего больного и сопоставление клинических и морфологических

ответственного широко доступного метода выявления ошибок диагностики и лечения, а также повышения квалификации врачей, постоянно уменьшается.

к результатам аутопсий является повсеместное разрушение традиции многопрофильных “университетских” клиник, умевших обеспечить качественное теоретическое образование на младших курсах и личное клиническое обучение студентов на старших курсах.

В современных условиях значение аутопсии не только сохранилось в полном объеме, но и приобрело новые грани. Она незаменима прежде всего как метод контроля качества лечебно-диагностического процесса. Результаты отечественных и зарубежных исследований убедительно свидетельствуют, что никакие современные прижизненные диагностические методы не могут заменить аутопсию. Расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов в ведущих клиниках мира составляют около 10–15 %, в стационарах Москвы и Санкт-Петербурга этот показатель в последние годы колебался в среднем в пределах 14–18 %. При внебольничной летальности эти цифры значительно выше и состав-

ляют около 30–50 %, т. е. результаты аутопсий показывают, что неверный клинический диагноз при жизни был поставлен примерно каждому шестому умершему в стационаре и каждому второму-третьему — в амбулаторных условиях.

В связи с этим можно говорить о важной роли аутопсий как единственного достоверного источника эпидемиологических данных и информации о причинах смертности. Особая их роль, значение которой усиливается в последние годы, — это оценка влияния на человеческий организм новых лекарственных препаратов, диагностических и лечебных манипуляций (агрессивность современной медицины по отношению к пациенту растет), экологических и географических факторов.

И наконец не уменьшилось значение аутопсий в углублении наших знаний в области общей и частной патологии. Большинство заболеваний еще не до конца изучено, неясными остаются многие вопросы их этиологии и патогенеза. Лишь аутоп-

сия позволяет провести системный морфо-функциональный анализ патологических процессов на уровне целостного организма. Возрождение аутопсий, “классической” патологической анатомии наряду с дальнейшим развитием молекулярной патологии, других современных методов морфологического исследования — один из перспективных путей решения проблемы, на которую указывал один из организаторов практики проведения клинко-морфологических конференций Давыдовский И.В.: “Современная медицина ушла почти целиком в анализ, синтез отстает, отстают обобщающие представления, на которых только и можно построить более или менее стройное учение о болезнях”.

Возвращаясь к роли аутопсий в обеспечении качества медицинского образования, в том числе последипломного, интересно отметить, что, по данным многих исследований, студенты и врачи, не принимавшие в них участия во время учебы или повышения квалификации, оказываются

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Российское научное медицинское общество терапевтов  
Администрация Ярославской области  
Ярославская государственная медицинская академия



23–24 апреля  
2009 года  
Ярославль

К 100-летию Российского научного медицинского общества терапевтов

## Межрегиональная научно-практическая конференция «Достижения медицинской науки в терапевтической практике»

### Место проведения:

Ярославский государственный театр юного зрителя  
(ул. Свободы, 23)  
Ярославская государственная медицинская академия  
(ул. Революционная, д. 5)

### Секретариат конференции:

117420, Москва, а/я 1, НП «Дирекция  
«Национального Конгресса терапевтов»  
телефон: (495) 518-26-70  
электронная почта: congress@nc-i.ru

Официальный сайт конференции:  
[www.yar.nc-i.ru](http://www.yar.nc-i.ru)

### Основные вопросы научной программы:

- Современные тенденции антибактериальной терапии в общеклинической практике.
- Диагностика, профилактика и лечение артериальных и венозных тромбозов.
- Дополнительная диспансеризация работающих граждан: опыт и перспективы.
- Неотложные состояния в терапевтической клинике.
- Сахарный диабет и его осложнения в практике врача-терапевта.
- Остеопороз: современные возможности профилактики и лечения.
- Трудные вопросы курации сердечно-сосудистых больных.
- Лечение заболеваний органов дыхания.
- Ревматические заболевания в клинике внутренних болезней.

Генеральные информационные партнеры:

ФАРМАТЕКА

МЕДИЦИНСКИЙ  
ВЕСТНИК

КАРДИОЛОГИЯ  
KARDIOLOGIA



существенно хуже подготовленными к практической медицинской работе. Такие специалисты и в последующем не понимают значения аутопсий и клинико-анатомических разборов для профессионального роста врача. Уместно вспомнить слова выдающегося русского врача и основоположника русской школы терапевтов Мудрова М.Я.: “Анатомия патологическая или медицинская ...поелику почитают ее новой, хотя она и не есть (такова). Снова о ней позабыли, пустившись в строение теорий” и “...умирают больные, не оставляя по себе причины их болезни, которая разрушила их организм”. Спустя почти 150 лет русский морфолог академик Абрикосов А.И. развил эту мысль: “Патологическая анатомия в виде прозекторской работы способствует как совершенствованию врачебных кадров, так и улучшению больничного дела. Патологическая анатомия имеет громадное значение для врачей ...она необходима для их усовершенствования”.

Возродить интерес к аутопсиям и клинико-анатомическим конференциям, вернуть им место в практике отечественного здравоохранения, которое было определено Давыдовским И.В., сегодня возможно лишь совместными усилиями клиницистов и патологоанатомов при условии повышения качества вскрытий и внедрения новых технологий.

“Основной задачей клинико-анатомических конференций должно быть не выискивание ошибок диагностики, допущенных лечащими врачами, а содружественная учеба клиницистов и патологоанатомов по повышению знаний и тех, и других”, — писал Давыдовский.

К сожалению, уже к 1980-м гг. клинико-анатомические конференции потеряли свое значение и на практике оказались сведенными к рутинному анализу совпадения заключительного клинического и патологоанатомического диагно-

зов в случаях летального исхода. По мнению ряда руководителей клиник, падение интереса к рутинным клинико-анатомическим конференциям во многом произошло из-за того, что их “описательная” и страдавшая субъективизмом методология не могла соответствовать критериям развившейся к концу XX века клинической эпидемиологии и концепции медицины, основанной на доказательствах. Кроме того, низкая иллюстративность и статичность конференций уже не могли удержать внимание молодых врачей. Результаты аутопсии нужно показывать, а не рассказывать о них, необходимо сопоставлять методы диагностики и

го исхода на следующий день на утренней больничной конференции с демонстрацией, а не с описанием результатов вскрытия, докладом врача-патологоанатома, лечащего врача и ведущих специалистов клиники в качестве рецензентов. В результате создается электронная библиотека клинико-анатомических разборов летальных исходов. Безусловно система электронных клинико-анатомических сопоставлений и создание соответствующей электронной библиотеки летальных исходов будут наиболее востребованными в клиниках медицинских институтов, базирующихся в многопрофильных стационарах.

***Основной задачей клинико-анатомических конференций должно быть не выискивание ошибок диагностики, допущенных лечащими врачами, а содружественная учеба клиницистов и патологоанатомов по повышению знаний и тех, и других.***

лечения на всех этапах медицинской помощи, соотносить полученные данные с национальными и международными клиническими рекомендациями и освещать междисциплинарные подходы к диагностике и лечению заболеваний.

Именно поэтому мы совместно с редакцией журнала “Фарматека” открываем в нем новую рубрику, где поделимся своим опытом успешного внедрения в практику повседневной клинической работы клинико-морфологических конференций, при проведении которых применяются современные методы визуализации данных аутопсий. Залогом эффективности таких конференций становится детальный анализ у секционного стола выявленной патологии с участием лечащего врача и профильных клинических специалистов с фото- и видеорегистрацией выявленных основных морфологических изменений; детальный клинико-анатомический разбор летально-

Такие ежедневные утренние клинико-анатомические конференции имеют огромный педагогический потенциал — они позволяют практикующему врачу и студенту глубже понять клинические рекомендации и стандарты диагностики и лечения, дают возможность оценить положительные и отрицательные стороны новых диагностических и лечебных методов.

Представленная программа клинико-морфологических сопоставлений была организована в 2004 г. на базе терапевтической клиники кафедр патологической анатомии и клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ. Программа клинико-морфологических сопоставлений и сегодня продолжает успешно работать, а ее основные итоги в отношении диагностики и лечения социально значимых заболеваний предлагаем заинтересованному вниманию читателя.