

Методические указания по проведению СМ клинико-анатомических и поликлинико-анатомических конференций в лечебно- профилактических учреждениях

Минздрав СССР: Методические указания от 11.12.1974

Министерство здравоохранения СССР

Методические указания по проведению СМ клинико-анатомических и поликлинико-анатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях.

Москва, 1975 год.

Утверждено зам. начальника

Главного управления лечебно-профилактической помощи

Министерства здравоохранения СССР

И. Тюльпиным

11 декабря 1974 г.

1. Общие положения

В условиях современной специализированной медицинской помощи большое значение приобретает интеграция деятельности врачей поликлиник и стационаров, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, направленная на улучшение диагностики, своевременное и правильное лечение заболеваний, повреждений и отравлений, а также на разрешение других лечебно-профилактических и организационных вопросов.

Одним из путей осуществления этой работы является систематическое проведение судебно-медицинских клинико-анатомических и поликлинико-анатомических конференций.

Клинико-патологоанатомические и клинико (поликлинико)-анатомические судебно-медицинские конференции имеют одинаковые общие задачи - объективный анализ клинических и секционных данных, изучение и устранение источников диагностических и лечебных ошибок, улучшение профилактики и лечения заболеваний, травм и отравлений, а также устранение организационных недостатков в оказании медицинской помощи.

Судебно-медицинские конференции в лечебно-профилактических учреждениях должны проводиться в деловом содружестве патологоанатомов и судебных медиков. Конференции имеют воспитательное значение и повышают уровень квалификации врачей. От качества подготовки, организации и проведения конференций зависит привлечение врачей, интерес и активность в обсуждении.

До настоящего времени эти конференции проводятся не везде регулярно, в большинстве касаются разбора случаев смерти в стационарах, затрагивают лишь узкие вопросы; это происходит от недооценки их значения как главными врачами лечебно-профилактических учреждений и их заместителями по медицинской части, так и заведующими отделениями (отделами) и начальниками бюро судебно-медицинской экспертизы.

2. Формы конференций

В отличие от клинико-патологоанатомических конференций, на которых обычно обсуждаются лишь случаи смерти от заболеваний в стационарах, судебно-медицинские клинико- и поликлинико-анатомические конференции могут иметь различные формы:

а) Больничные (обсуждение случаев смерти от травм и отравлений, наступившей в стационарах); в крупных больницах, кроме общепольничных конференций, могут быть организованы конференции в специализированных отделениях.

б) Поликлинические (обсуждение случаев смерти вне стационаров - скоропостижной, больных дома, пострадавших на добольничном этапе и др.). Имея в виду, что поликлиническое звено занимает ведущее место в оказании медицинской помощи населению, а анализ материалов показывает, что у умерших вне стационаров качество обследования хуже и процент нераспознанных заболеваний, неправильно установленных и запоздалых диагнозов значительно выше, чем среди умерших в больницах, следует уделять большое внимание поликлинико-анатомическим судебно-медицинским конференциям.

в) Межбольничные и смешанные (обсуждение случаев, когда в оказании помощи и лечении пострадавших (больных) принимали участие несколько лечебно-профилактических учреждений, например, скорая помощь, поликлиника, больница общего профиля, специализированное лечебное учреждение и т. п.).

г) Тематические (обсуждение случаев смерти при сходной патологии или одинаковых причинах, например, скоропостижной смерти при сердечно-сосудистых заболеваниях, скоропостижной смерти детей, смерти от отравлений определенными ядами, от травмы определенных видов и т. и.).

Желательно, чтобы заведующий отделением (отделом) бюро судебно-медицинской экспертизы представлял обзор одного из таких вопросов, по данным работы за год.

д) Специальные (обсуждение случаев смерти, связанных с правонарушениями медицинских работников).

3. Организация и подготовка конференций

Судебно-медицинские клинико-анатомические и поликлинико-анатомические конференции проводятся в регламентированное рабочее время; частота их зависит от количества случаев, подлежащих разбору (но не менее 2-4 раза в год по каждому учреждению).

Годовой план проведения конференций составляет заведующий районным (межрайонным, городским) отделением бюро судебно-медицинской экспертизы, в областных (краевых, республиканских) центрах - заведующий отделом судебно-медицинского исследования трупов бюро судебно-медицинской экспертизы, и представляет начальнику областного (краевого, республиканского) бюро судебно-медицинской экспертизы к 15 января текущего года.

Если по предлагаемым для обсуждения случаям смерти производилось или производится расследование, судебно-медицинский эксперт обязан получить согласие органов внутренних дел или прокуратуры на проведение обсуждения.

Методическое руководство по проведению конференций осуществляет заведующий отделом судебно-медицинского исследования трупов областного (краевого, республиканского) бюро судебно-медицинской экспертизы.

План проведения конференций согласовывается с главными врачами лечебно-профилактических учреждений или их заместителями по медицинской части и включается последними в годовой план проведения конференций данного учреждения.

Заведующий отделением (отделом) или начальник областного (краевого, республиканского) бюро судебно-медицинской экспертизы не позже чем за 10-15 дней до проведения очередной плановой конференции представляет главному врачу или его заместителю по медицинской части конкретные случаи, подлежащие обсуждению, для включения их в повестку очередного заседания. Администрация лечебно-профилактического учреждения无权 отменить обсуждение на конференции представленных конкретных случаев.

Подготовка и проведение конференций в соответствии с планом осуществляется главным врачом лечебно-профилактического учреждения или его заместителем по медицинской части совместно с заведующим судебно-медицинским отделением (отделом).

Время и место очередной конференции, председателя и оппонентов назначает главный врач или его заместитель по медицинской части. Председателем конференции и оппонентами, в зависимости от разбираемых случаев, назначаются высококвалифицированные специалисты.

Межбольничные, смешанные, тематические и специальные конференции проводятся в таком же порядке, по согласованию с руководителями министерства здравоохранения республики, краевого (областного, городского) отдела здравоохранения или с главным врачом республиканской (краевой, областной, городской, центральной районной) больницы.

Для участия в них рекомендуется приглашать главных специалистов министерства здравоохранения, научных работников кафедр медицинских институтов и научно-исследовательских учреждений.

Весьма плодотворны тематические клинико-анатомические судебно-медицинские конференции врачей отдельных специальностей, которые могут быть организованы по договоренности с правлениями специализированных медицинских научных обществ и главными специалистами.

4. Выбор случаев для обсуждения на конференции

На конференциях подлежат обсуждению следующие наблюдения:

- отсутствие диагноза или расхождение прижизненного и посмертного диагнозов (нераспознанные или необоснованные диагнозы травм, отравлений и заболеваний, нераспознанные осложнения, явившиеся причиной смерти, нераспознанные тяжелые сопутствующие заболевания);
- профессиональные правонарушения медицинских работников;
- смерть на операционном столе или вследствие диагностических и лечебных мероприятий;
- неправильное лечение;
- дефекты оказания медицинской помощи;
- неосуществленная или запоздалая госпитализация больных, нуждающихся в экстренной помощи;
- лекарственная болезнь и лекарственный патоморфоз;

- скоропостижная смерть детей в возрасте до 14 лет;
- скоропостижная смерть взрослых, особенно в молодом возрасте;
- редкие травмы (отравления) и заболевания; атипично протекавшие травмы и заболевания;
- острые инфекционные заболевания, выявленные при судебно-медицинском исследовании;
- ошибки в патологоанатомической и судебно-медицинской диагностике;
- случаи, оставшиеся неясными после секции;
- самоубийства, связанные с заболеванием;
- криминальные аборт и смерть рожениц;
- другие наблюдения, имевшие научно-практический интерес;
- дефекты медицинской документации.

На конференциях следует обсуждать не только отрицательные стороны практической и организационной работы, но и случаи трудной правильной диагностики, закончившиеся летально.

5. Проведение конференций

На обсуждение выносятся не более двух случаев или одна тема. Рекомендуется следующий порядок обсуждения:

- доклад лечащего врача (если в лечении пострадавшего принимали участие несколько врачей или лечебно-профилактических учреждений, заслушиваются доклады по этапам);
- доклад судебно-медицинского эксперта;
- ответы лечащего врача и судебно-медицинского эксперта на вопросы;
- выступление оппонента;
- выступления участников конференции;
- заключение председателя конференции.

Лечащий врач излагает результаты клинического наблюдения, лабораторных и других дополнительных исследований, сообщает установленные клинические

диагнозы, их обоснования и даты, а также клинический эпикриз, представляет мнение относительно особенностей клинического течения заболевания, этиологии, патогенеза, причины и механизма смерти и пр.

Судебно-медицинский эксперт сообщает данные об обстоятельствах смерти (из материалов дела, медицинских документов, катамнеза, если умерший не был на стационарном лечении), данные наружного и внутреннего исследования (при этом излагаются основные сведения и нет необходимости читать полностью протокольные записи исследования трупа), результаты дополнительных исследований, развернутый судебно-медицинский (патологоанатомический) диагноз и клинико-анатомическое резюме. В последнем отмечает особенности данного случая, обосновывает патогенез болезни (травмы) и танатогенез, сопоставляя клинический и судебно-медицинский (патологоанатомический) диагнозы, отмечает совпадение или расхождение диагнозов основного заболевания (травмы), осложнений и сопутствующих заболеваний и их значение для исхода заболевания (травмы). Он также обращает внимание на конкретные дефекты медицинской документации.

Доклады следует сопровождать демонстрацией высококачественных макро- и микропрепаратов, фотографий, схем и т. п.

В обязанности оппонента входит тщательный анализ клинических данных, объективная оценка качества наблюдений и обследований, своевременности диагностики, госпитализации, лечения и ведения больного, а также оценка качества медицинских документов (истории болезни, амбулаторной карты и т. д.). На основании объективных клинических данных и результатов вскрытия оппонент анализирует причины и источники имевшихся недостатков (расхождения диагнозов, поздней госпитализации, неполного обследования и др.), оценивает их значение для исхода.

После окончания выступлений председательствующий

подводит итоги обсуждения и делает соответствующие выводы.

Так же как и на клинико-патологоанатомической конференции, при обсуждении смертельных исходов травм (отравлений, заболеваний) с неправильным клиническим диагнозом на судебно-медицинской конференции должна быть установлена категория расхождения диагноза (по основному заболеванию, причине смерти, осложнению или сопутствующему заболеванию), причина расхождения диагнозов и других выявленных недочетов диагностики, оказания скорой и неотложной помощи, лечения, госпитализации и пр. и их значение для конкретного случая. Эти вопросы разрешаются в соответствии с общепринятыми принципами проведения клинико-патологоанатомических конференций.

Основным считается то повреждение (отравление, заболевание), которое непосредственно или через осложнения, тесно с ним связанные, повлекло за собой смерть пострадавшего. При сличении диагнозов учитывается только диагноз, записанный на лицевой стороне истории болезни (карты госпитализированного больного). Как в клиническом, так и в судебно-медицинском (патологоанатомическом) диагнозе должно быть четко выделено: основное заболевание (травма, отравление), осложнения и сопутствующие заболевания.

В качестве основного заболевания в клиническом и судебно-медицинском (патологоанатомическом) диагнозе должны фигурировать только нозологические единицы в соответствии с действующей «Статистической классификацией болезней, травм и причин смерти» (М., 1969). Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов травм (болезни), например: шок, шок, общее интоксикация, бессознательное состояние и т. п. В судебно-медицинском (патологоанатомическом) диагнозе должна быть отражена анатомическая сущность повреждения (заболевания).

Если за время лечения повреждения (отравления) развилось острое заболевание, патогенетически не связанное с ним и ставшее причиной смерти, то это новое заболевание учитывается как основное, например: дизентерия, аппендицит с перитонитом, острая ишемическая болезнь и т. п.). Это особенно важно для решения существенного юридического вопроса о причинной связи смерти с полученным повреждением.

В судебно-медицинской практике нередко встречаются случаи множественных тяжелых первичных повреждений, полученных в разное время или от разных воздействий, сочетание повреждений с предшествующими заболеваниями или последствиями давних травм и интоксикаций; наблюдаются комбинации травм или отравлений с тяжелыми заболеваниями, а также комбинация травмы с отравлением и др. При судебно-медицинском исследовании трупов скоропостижно умерших, особенно в пожилом и старческом возрасте, часто обнаруживаются одновременно два и более заболеваний, существовавших независимо одно от другого или находившихся в сложных патогенетических взаимоотношениях. В подобных случаях бывает трудно или невозможно выделить основное повреждение или заболевание, а иногда даже решить вопрос, была ли смерть насильственной или ненасильственной (например, при комбинации сердечно-сосудистых заболеваний с сильной алкогольной интоксикацией).

Конкурирующими следует считать два или больше обнаруженных одновременно повреждений (или заболеваний), каждое из которых в отдельности могло быть причиной смерти.

Сочетанными повреждениями (заболеваниями) являются такие, которые каждое в отдельности не смертельно, но в совокупности привели к смерти.

Фоновыми заболеваниями называют такие, которые имели важное значение в патогенезе основного заболевания или обусловили особую его тяжесть и сыграли роль в возникновении и неблагоприятном течении осложнений. Фоновые заболевания нередко имеют важное значение в наступлении смерти от травм (отравлений, заболеваний).

Если в диагнозе фигурируют конкурирующие, сочетанные или фоновые заболевания (травмы, отравления), при обсуждении на конференции применимо понятие «комбинированное основное заболевание» (Архив патологии, 1971, в. 8, с. 663). В статистических показателях обработки медицинских сведений указанные понятия не предусмотрены. Поэтому они излагаются в эпикризе, а для учета и отчетности при комбинированном основном заболевании (травме), по решению конференции, на первое место ставится одно из установленных основных заболеваний.

К осложнениям травм (болезней) относятся патологические процессы, которые патогенетически непосредственно связаны с основным повреждением (например: гнойный перитонит при огнестрельном ранении живота; жировая эмболия при переломах трубчатых костей и т. п.).

«Статистическая классификация болезней, травм и причин смерти» (1969) предусматривает особые рубрики для учета смертельных осложнений от лечения (E930-E936), неблагоприятных реакций, связанных с введением медикаментозных средств (N960-N979), специфических осложнений, связанных с некоторыми хирургическими вмешательствами (N997), других осложнений вследствие хирургических вмешательств (N998), других осложнений вследствие медицинских вмешательств (N999). Имеется в виду, что в этих случаях смерть наступает не от основного заболевания (травмы) и его осложнений, а от примененных лечебных или диагностических мероприятий или манипуляций. Медицинское мероприятие, приведшее к смерти, в таких случаях ставится на место основного заболевания. Например, если смерть наступила от медицинского вмешательства, предпринятого по ошибочному диагнозу: лапаротомии при непроникающем ранении живота с последующим развитием перитонита, то на место основного заболевания ставится лапаротомия (E930-E936); если смерть наступила от медицинского вмешательства, предпринятого по показаниям, но выполненного неправильно: переливания иногруппной или гемолизированной крови, ошибочного введения лекарств или химических веществ, передозировки лекарственных препаратов, грубой ошибки при операции и т. п., то место основного заболевания занимает медицинское мероприятие, приведшее к смерти.

Если же смерть наступила от медицинского вмешательства, предпринятого по показаниям, выполненного правильно, неблагоприятный исход которого невозможно было предвидеть, например, от индивидуальной непереносимости наркоза или лекарственного вещества, то это может быть оценено как осложнение основной болезни.

Сопутствующими считаются заболевания, повреждения или их последствия, которые не были связаны с основным заболеванием (травмой, отравлением) и не оказали существенного влияния на его развитие и течение.

Достижения современной медицины дают возможность предотвратить смерть, а нередко - вернуть пострадавших к жизни при состояниях, какие еще недавно считались абсолютно смертельными. Это ставит перед судебными медиками ряд новых задач по оценке и сопоставлению обнаруженных повреждений или патологических изменений.

В случаях смерти от травм и отравлений время установления правильного клинического диагноза обычно играет решающую роль, т. к. от этого зависит время начала правильного лечения. Большое значение имеет время оказания пострадавшему первой помощи, поступления его в больницу, врачебного осмотра, производства операций (начало и окончание), повторных осмотров врачом, консультаций и консилиумов, переливания крови и др. Все это тоже должно быть датировано, с указанием времени в часах. Необходимо, чтобы в отношении всех диагнозов, записанных на титульном листе и в эпикризе истории болезни, были указаны не только даты, но и часы их установления пострадавшему (больному).

В судебно-медицинской практике нередко встречаются случаи формального совпадения окончательного клинического и судебно-медицинского диагнозов, однако диагноз был поставлен так поздно, что оказать необходимую помощь уже было невозможно. Такие случаи также могут быть предметом обсуждения.

При разборе случаев неправильных диагнозов на конференции определяется категория и причина расхождения диагнозов:

- а) по нозологическому принципу, например, диагноз алкогольного опьянения вместо уремической комы при нефрите;
- б) по этиологии, например, диагноз травматического кровоизлияния в мозг вместо спонтанного при гипертонической болезни;
- в) по локализации, например, ранение желудка вместо ранения тонкой кишки.

Причины расхождений диагнозов могут быть объективными, субъективными или комбинированными.

Среди объективных причин могут быть: тяжесть состояния пострадавшего (больного); атипичное или бессимптомное течение повреждения (заболевания); недостаточное рентгенологическое или лабораторное обследование; недостаточная оценка (иногда ложного) анамнеза; кратковременность пребывания в больнице.

Весьма важно установить, на каком этапе не распознано повреждение (заболевание) или его осложнение и какую роль это сыграло в наступлении смертельного исхода:

- а) неправильная диагностика в больнице не имела решающего значения в наступлении смерти, т. к. пострадавший поступил в incurable состоянии;
- б) неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную тактику врачей, что сыграло решающую роль в летальном исходе (например: не распознано повреждение сосуда - смерть наступила от острой кровопотери; не распознан разрыв кишечника - смерть наступила от перитонита и т. п.).

Если по случаям профессиональных правонарушений медицинских работников производится расследование, обсуждение их может быть осуществлено только с разрешения прокуратуры.

Обсуждение случаев профессиональных правонарушений медицинских работников и ошибок, повлекших за собой тяжелые последствия, требует тщательной подготовки. Порядок обсуждения не отличается от обычного клинико-анатомического разбора; лицо, допустившее нарушение или ошибку, обязано лично дать свои объяснения на конференции. Должен быть исключен обвинительный или обидный тон, как в отношении коллеги, допустившего ошибку (как бы тяжела она ни была), так и других участников конференции. Критика ошибок и недочетов должна быть конкретной, научно-обоснованной и направленной на предотвращение упущений и улучшение медицинской помощи.

Случаи, когда в происхождении профессионального правонарушения или ошибки существенную роль имели действия средних медицинских работников, подлежат

дополнительно отдельному обсуждению на конференции среднего медицинского персонала.

6. Документация и учет конференций

Каждая конференция протоколируется. Протоколы ведутся постоянным секретарем клинико-патологоанатомических конференций данного учреждения. При обсуждении профессиональных правонарушений и ошибок медицинских работников один экземпляр протокола направляется начальнику областного (краевого, республиканского) бюро судебно-медицинской экспертизы.

Заведующий отделением (отделом) бюро судебно-медицинской экспертизы регистрирует проведение конференций в журнале учета работы. К дубликату акта судебно-медицинского исследования трупа приобщается справка, в которой указываются дата и место проведения конференции, количество участников и краткое изложение обсуждения (при необходимости прикладывается копия протокола конференции).

В объяснительной записке к годовому отчету заведующий отделением (отделом) бюро судебно-медицинской экспертизы указывает количество проведенных конференций, обсужденных случаев, краткую аннотацию; такие же сведения указывают в годовом отчете начальники областных (краевых, республиканских) бюро судебно-медицинской экспертизы.

Начальник областного (краевого, республиканского) бюро судебно-медицинской экспертизы контролирует выполнение плана проведения конференций и их качество, при необходимости дает сведения о конференциях соответствующему отделу здравоохранения или министерству здравоохранения республики и представляет доклады на лечебно-профилактическом совете.

Подготовлено главным судебно-медицинским экспертом Министерства здравоохранения Эстонской ССР А. А. Лукашом.

Главный судебно-медицинский эксперт
Министерства здравоохранения СССР,
заслуженный деятель науки РСФСР,
профессор
В. И. Прозоровский.