

последующем – 100 мг однократно в сутки, левомецетин применялся в суточной дозе 2 г.

Эффективность антибактериальной терапии оценивалась на 3-и сутки лечения и при условии нормализации температуры и улучшения аускультативной картины в легких продолжалась тем же препаратом. Критериями отмены антибиотиков при П были: нормализация температуры тела, улучшение клинической симптоматики, нормализация лейкоцитарной формулы. При бактериальных инфекциях антибиотики применялись в течение 7 дней, а при выявлении маркеров внутриклеточных агентов сроки лечения определялись в 14 дней препаратами, активными в отношении этих возбудителей. При обострении ХОБЛ критериями отмены антибиотиков были: улучшение клинической симптоматики, уменьшение количества мокроты и гнойной примеси в ней.

В 9 из 30 случаев при П у 10 при обострении ХОБЛ проводилась коррекция антибактериальной терапии, при этом замена антибиотиков была обусловлена не только результатами этиологической расшифровки, но и отсутствием эффекта от лечения (часто из-за использования малоэффективных дженериков). Так, например, у 3-х пациентов цефотаксим был заменен на препараты группы макролидов после получения АТ к внутриклеточным возбудителям. У 7 пациентов (4 с пневмонией и 3 с обострением ХОБЛ) оказалась неэффективна терапия цефотаксимом и после назначения препаратов группы фторхинолонов достигнута положительная клиническая динамика. У 3 пациентов была изменена антибактериальная терапия в пределах од-

ной группы из-за индивидуальной непереносимости некоторых препаратов. У 1 пациента развилась аллергическая реакция на ципрофлоксацин. У 3 пациентов из-за неэффективности препаратов группы макролидов были назначены фторхинолоны с хорошим клиническим ответом.

По завершении антибактериальной терапии у всех пациентов отмечалась стойкая нормализация температуры. Кашель сохранялся у всех пациентов с обострением ХОБЛ, но у 10 человек он был непродуктивным, а у 19 человек со слизистой мокротой. При П кашля не было у 9 человек, у 17 он оставался, но был непродуктивным, и у 4 человек отходила слизистая мокрота. При контрольном рентгенологическом исследовании, выполненном по завершении антибактериальной терапии, у больных с П усиление легочного рисунка оставалось у 16 пациентов, полное разрешение П достигнуто у 12 человек, инфилтративные изменения оставались у 2 пациентов.

Таким образом, в последнее время мы видим достаточно большое количество бронхолегочных инфекций, обусловленных внутриклеточными возбудителями (*M. Pneumonia* и *Cl. Pneumonia*), что диктует необходимость назначения препаратов, активных в отношении этих возбудителей. При неэффективной исходной терапии бета-лактамами препаратами (если исключены нагноительные осложнения) коррекция должна проводиться с учетом вероятности данных возбудителей. Для оптимальной антибактериальной терапии целесообразно выполнять исследование крови на АТ к внутриклеточным агентам.

## Клинико-анатомические сопоставления диагнозов в отделении пульмонологии за 28 лет

В.Е. Ноников

ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Сопоставление клинических и анатомических диагнозов является важным механизмом оценки качества диагностики и является важным элементом для понимания генеза болезни и ее особенностей и совершенствования врачебного мышления. С помощью анализа ошибок

за рассматриваемый год умерло 67 больных легочной инфекцией, что произведено аутопсии, 60 от общего числа умерших, при которых устанавлен только 49 различных клинических и анатомических диагнозов.

В 16 из 67 случаев причиной ошибок была неточная диагностика онкологических заболеваний из 17 диагностических ошибок произошли у лиц пожилого и старческого возраста. В 16 наблюдениях выявлены различные клинические ситуации – клинический диагноз – анатомический диагноз – причина ошибок. Из этих 16 наблюдений по заключению патологоанатомов бикаузальной диагноз устанавлен у 16, мультикаузальной – у 1 умерших. Таким образом, лиц старшего возраста в большинстве случаев речь идет не про то, что полиморбизма о конкурирующих заболеваниях и полипаты их.

В 16 наблюдениях причины ошибок были объективными, кратко пребывали в стационаре. Это не полипаты, а в 16 наблюдениях ошибки обусловлены объективными причинами: неправильное построение окончательного диагноза – и переоценка цитологических данных – ти переоценка заключений специалистов – ти переоценка клинической симптоматики – не. Обращает внимание, что в 16 случаях из 67 различных диагнозов половина в 16 объективных ошибок произошла из-за неточного построения окончательного диагноза, хотя при жизни были устанавлены в 16 заболеваний и в 16 влеченные патологоанатомами.

Представлены различные случаи установления диагнозов в 16 из 67 случаев. Это является диагностикой онкологических заболеваний. Анализ различных клинических и анатомических диагнозов в пределах дефектов диагностики первично множественных опухолей, установления по локализации рака и влечению отдаленных метастазов, выявление основной для изменения программы обследования онкологических больных.

**Ключевые слова:** летальность, клинико-анатомический диагноз

Основными критериями качества клинической практики являются точная диагностика и эффективное лечение. В последние годы значительно расширились

диагностические возможности учреждений здравоохранения, однако вероятность диагностических ошибок есть всегда. Высокая техническая оснащенность дает

результат только в сочетании с хорошей клинической практикой. Правильно сформулированный клинический окончательный диагноз суммирует все данные, полученные о больном в результате врачебного наблюдения и вспомогательных исследований. Анатомический диагноз всегда более точен, потому что он основывается на морфологической верификации заболеваний. Сопоставление клинических и патологоанатомических диагнозов является важным механизмом оценки качества диагностики и существенным элементом для понимания генеза болезни и ее особенностей, совершенствования врачебного мышления с помощью анализа ошибок.

Заключительный клинический диагноз формулируется по стандартизованным правилам (1), и важно соблюдать общепринятую рубрификацию: формулируется основное заболевание, затем осложнения основного заболевания, затем сопутствующие заболевания. Основным заболеванием может быть одна болезнь, два заболевания - конкурирующих (если каждое из них могло привести к смерти) или сочетанных (если они взаимно отягощали друг друга). Основным заболеванием также могут быть три и более (полипатия) болезни, что особенно характерно для лиц пожилого и старческого возраста. Реанимационные мероприятия отражаются в разделе осложнения.

При оформлении диагноза нельзя употреблять аббревиатуры, за исключением общепринятых: ИБС (ишемическая болезнь сердца), ХСН (хроническая сердечная недостаточность), НК (недостаточность кровообращения), ТЭЛА (тромбоэмболия легочной артерии), ФК (функциональный класс), ЭКС (электрокардиостимулятор).

Не допускается в диагнозе указывать только групповые понятия, такие как ИБС, цереброваскулярная болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких. Так диагноз ХОБЛ должен формулироваться как хроническая обструктивная болезнь легких: хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких. Далее отражаются: дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, хроническое легочное сердце. В приведенной транскрипции патогенетический диагноз отвечает требованиям рубрификации.

Рекомендации по формулировке клинических и анатомических диагнозов наиболее полно изложены (1) патологоанатомами.

Клиницисты редко обращаются к теме диагностических ошибок. О чужих ошибках писать некрасиво, а о своих писать не хочется. Практически нет публикаций, рассматривающих большие объемы клинических и патологоанатомических данных. Рекомендации по улучшению диагностики обычно носят общий характер. Существующие стандарты обследования больных ориентированы на конкретные нозологические формы, а не на сочетанную патологию и тем более не на полипатию.

Целью настоящего исследования являлось изучение причин диагностических ошибок за многолетний период путем клинико-анатомических сопоставлений.

Исследование проведено на базе отделения пульмонологии ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ. Проведен анализ возрастно-половой структуры 827 умерших, их состав по нозологическим формам. Рассмотрена частота расхо-

ждений клинических и анатомических диагнозов при 579 аутопсиях. Проведен анализ причин диагностических ошибок.

#### Данные собственных наблюдений

В 1980–2008 гг. в отделении лечилось 23338 пациентов, из которых имели непосредственное поражение органов дыхания 20393.

За рассматриваемые годы умерло 827 больных, летальность составила 3,5%. Всего произведено 579 аутопсий, что составило 70% от общего числа умерших. Среди умерших мужчин было 490 (61%), женщин 308 (39%). Абсолютное большинство умерших – 731 (91,3%) составили лица старше 60 лет. Причиной смерти у лиц моложе 60 лет были только онкологические и лимфопролиферативные заболевания. С 2000 г. средний возраст умерших 80 лет.

Приводимые в табл. 1 данные показывают, что 337 (41%) больных умерли от злокачественных заболеваний. Количество умерших от других заболеваний в порядке убывания частоты составило: при атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии – 167 (21%), хроническом бронхите/ХОБЛ – 94 (12%), пневмонии – 56 (7%), атеросклеротическом кардиосклерозе 31 (3,9%), инфаркте миокарда – 26 (3,3%), ТЭЛА – 14 (1,8%), альвеолите – 8 (1,0%), туберкулезе легких -5 (0,6%), бронхиальной астме – 1 (0,1%).

Таблица 1

#### Структура умерших по нозологическим формам

Диагноз	Число умерших	Структура, %
Пневмония	60	7,3
Хронический бронхит/ХОБЛ	100	12,1
Бронхиальная астма	1	0,1
Альвеолит	9	1,0
Туберкулез легких	5	0,6
ТЭЛА	14	1,7
Рак легкого	180	21,8
Внелегочные опухоли	157	19,1
Инфаркт миокарда	26	3,1
Сосудистая энцефалопатия	169	20,4
Атеросклеротический кардиосклероз	31	3,7
Прочие:	75	9,1
Всего:	827	100

Среди умерших от прочих заболеваний причиной смерти были сепсис (17), инсульт (8), ХПН (8), цирроз печени (3), ревматические пороки сердца (2), травма, несовместимая с жизнью (1).

#### Клинико-анатомические сопоставления диагнозов

В 19 из 28 случаев расхождений клинических и анатомических диагнозов причиной ошибок была неточная диагностика онкологических заболеваний. Лишь в одном случае (наблюдение 25) возраст умершей был менее 60 лет. Таким образом, 27 из 28 диагностических ошибок касались лиц пожилого и старческого возраста. В при-

Гипердиагностика злокачественных опухолей

Клиническая ситуация	Клинический диагноз	Анатомический диагноз	Причины ошибки
1. Больной с тяжелым сепсисом на фоне агранулоцитоза. При исследовании костного мозга – клетки мелкоклеточного рака легкого.	Опухоль легкого цитологически верифицированная. Метастазы в кости. Сепсис. Агранулоцитоз	Сепсис. Агранулоцитоз.	При аутопсии не обнаружен рак легкого. Ошибка вследствие неточных цитологических данных.
2. Больной с тяжелой дыхательной недостаточностью. Рентгенологическая картина тотального диссеминированного поражения легких.	Метастатическое поражение легких. Пневмония на фоне легочного васкулита.	Альвеолит. Пневмония.	Клинический диагноз основан на неправильной интерпретации рентгенограммы. Смерть в течение 48 часов. Невозможность дообследования
3. У больного опухолью легкого клиничко-рентгенологическая картина альвеолита.	Опухоль легкого. Паранеопластический альвеолит.	Фиброзирующий альвеолит. Добракачественная опухоль легкого.	Точный диагноз мог быть установлен при морфологической верификации (невозможной по тяжести состояния)
4. У больного туберкулезом легких дыхательная недостаточность, геморрагический плеврит.	Раковый плеврит без первично установленной локализации опухоли. Туберкулез легких.	Туберкулез легких. Туберкулез почек. Геморрагический синдром.	Точный диагноз мог быть установлен при морфологической верификации (невозможной по тяжести состояния). Смерть в течение 3-х суток.
5. У больного с клиникой ТЭЛА рентгенологически выявлена опухоль легкого.	Рак легкого. ТЭЛА.	ТЭЛА.	Клинический диагноз основан на неправильной интерпретации рентгенограммы. Смерть досуточная.
6. У больного циррозом печени, диабетом в поликлинике заподозрен рак желудка. Госпитализирован по поводу пневмонии.	Рак желудка. Сахарный диабет. Цирроз печени. Пневмония.	Пневмония. Сахарный диабет. Цирроз печени.	Из-за тяжести состояния установить или отвергнуть диагноз рака (резкое похудание, отвращение к мясу) было невозможно. Смерть в течение 3-х суток.

веденных ниже таблицах сопоставления диагнозов, как правило, только формулировки основного диагноза.

Почти в половине случаев ошибки были обусловлены гипердиагностикой (табл. 4) или гиподиагностикой (табл. 5) злокачественных опухолей.

Как видно из приведенных наблюдений (табл. 4), причины диагностических ошибок могут быть сгруппированы. В наблюдениях 3, 4 клиническая ситуация была сложной, и правильный окончательный диагноз мог быть

сформулирован только на основании морфологической верификации, которая была невозможна из-за тяжести состояния пациентов. В наблюдениях 2, 5 ошибки были обусловлены неправильной интерпретацией рентгенологических данных. В наблюдении 1 клинический диагноз основывался на результатах цитологических исследований, которые, к сожалению, оказались неточными.

Наконец кратковременность пребывания пациентов в отделении (наблюдения 2, 4, 5, 6) не оставляла времени для уточнения диагноза.

Таблица 5

Гиподиагностика злокачественных опухолей

Клиническая ситуация	Клинический диагноз	Анатомический диагноз	Причины ошибки
7. Больной ХОБЛ терминальной стадии	ХОБЛ	Рак добавочной правой почки. ХОБЛ	Рак почки –секционная находка при аутопсии
8. Больной массивной пневмонией, раком легкого	Пневмония. Рак легкого.	Пневмония. Рак легкого. Рак почки.	Рак почки –секционная находка при аутопсии. Не диагностирован первично-множественный рак.
9. Больной раком почки, множественными метастазами в легкие.	Рак почки. Метастатическое поражение легких.	Рак легкого. Рак почки. Метастазы обеих опухолей в легкие.	Рак легкого выявлен при аутопсии. Не диагностирован первично-множественный рак.

10. Больной раком желудка с метастазами в печень.	Рак желудка с метастазами в печень	Рак желудка. Рак печени. Метастазы рака желудка в печень.	Рак печени выявлен при аутопсии. Не диагностирован первично- множественный рак.
11. Массивная пневмония у больной, оперированной по поводу рака молочной железы.	Рак молочной железы. Пневмония.	Рак молочной железы. Метастазы в печень. Пневмония.	Не диагностированы метастазы в печень рака молочной железы.

Фактически во всей серии (табл. 5) этих расхождений клинических и анатомических диагнозов (наблюдения 7–11) имели место секционные находки, не влияющие на тактику лечения и прогноз заболевания. В то же время в наблюдениях 8, 9, 10 выявление при аутопсии вторых локализаций злокачественных опухолей переносит диагнозы в раздел первично-множествен-

ного рака. Клинический интерес представляет вероятность второй первичной локализации среди массивных метастазов. Такие варианты первично-множественного рака были диагностированы только при аутопсии, когда опухоль второй локализации идентифицирована среди метастазов в легкие (9) и печень (10).

Таблица 6

#### Расхождения диагнозов по локализации опухолей

Клиническая ситуация	Клинический диагноз	Анатомический диагноз	Причины ошибки
12. У больного диссеминированное опухолевое поражение легких. Внелегочной локализации не выявлено.	Рак легкого с метастазами в легкие.	Рак желудка с метастазами в легкие.	Подслизистый рак желудка выявлен при аутопсии.
13. Больной диссеминированным опухолевым поражением легких, множественными полиорганными метастазами.	Рак легкого. Множественные метастазы. Раковый плеврит.	Рак поджелудочной железы. Множественные полиорганные метастазы.	При жизни не диагностирована первичная локализация рака в поджелудочной железе.

В приведенных наблюдениях 12, 13 при диссеминированном поражении легких метастатическим процессом не были установлены первичные локализации опухолей. Из-за крайней тяжести состояния пациентов эти ошиб-

ки по установлению первичной локализации опухоли не влияли на характер лечения (только симптоматическая терапия) и прогноз заболевания.

Таблица 7

#### Расхождения по морфологической верификации злокачественных опухолей

Клиническая ситуация	Клинический диагноз	Анатомический диагноз	Причины ошибки
14. Больной с опухолевым поражением легких, массивной пневмонией.	Рак легкого. Пневмония	Генерализованная лимфосаркома. Пневмония.	Точный диагноз мог быть установлен только при морфологической верификации.
15. У больного с прогрессирующим геморрагическим плевритом в плевральной жидкости обнаружены клетки плоскоклеточного рака.	Рак легкого с метастазами в плевру. Раковый плеврит.	Мезотелиома плевры.	Ошибка обусловлена ориентацией на цитологическое исследование. Точный диагноз мог быть установлен при морфологической верификации.
16. Больной, наблюдавшийся по поводу опухоли легкого, поступил с прогрессированием процесса и вторичной пневмонией.	Рак легкого. Пневмония.	Генерализованная лимфосаркома. Пневмония.	Точный диагноз мог быть установлен при морфологической верификации.

Во всех (14, 15, 16) наблюдениях точный диагноз мог быть установлен только при морфологической верификации опухоли, которая была неприемлема по тяжести

состояния пациентов. Дополнительной причиной ошибки в наблюдении 8 была ориентация на результаты цитологического исследования плевральной жидкости.

Расхождения вследствие неправильного построения окончательного диагноза

Клиническая ситуация	Клинический диагноз	Анатомический диагноз	Причины ошибки
17. Больная цирротическим туберкулезом легких, излеченным (?) раком молочной железы, картиной пневмонии, ТЭЛА.	Рак молочной железы. Цирротический туберкулез легких, туберкуломы. Пневмония. ТЭЛА.	Цирротический туберкулез легких, туберкуломы. ТЭЛА. Пневмония. Рак молочной железы.	Неправильное построение окончательного диагноза.
18. У больного миеломной болезнью выявлена малигнизированная язва желудка.	Миеломная болезнь. Язва-рак желудка.	Рак желудка. Миеломная болезнь.	Неправильное построение окончательного диагноза.
19. У больного ХОБЛ диагностирован раковый плеврит.	ХОБЛ. Раковый плеврит без уточнения первичной локализации.	Рак легкого. Раковый плеврит. ХОБЛ.	Неправильное построение окончательного диагноза.

Причинами расхождения клинических и анатомических диагнозов в последнее время часто становится неправильное построение окончательного диагноза. В приводимых наблюдениях (17, 18, 19) в клиническом диагнозе фигурируют те же нозологические формы, которые были доказаны при секционном исследовании. Лишь в одном (19) наблюдении была уточнена первич-

ная локализация рака, которую не удалось доказать при жизни.

Однако при формулировке окончательного клинического диагноза его построение было даже не патогенетическим, а скорее хронологическим — что и явилось причиной расхождения диагнозов.

Таблица 9

Клинико-анатомические сопоставления по другим классам заболеваний

Клиническая ситуация	Клинический диагноз	Анатомический диагноз	Причины ошибки
20. Пациент в сопоре с лихорадкой и одышкой, ранее перенес многократные инсульты.	Пневмония. Дисциркуляторная энцефалопатия	Генерализованный туберкулез: поражение легких, почек, печени, предстательной железы	Смерть досуточная. Диагноз возможен лишь при тщательном обследовании
21. У больного после 2-х недель лечения по поводу деструктивной пневмонии развился инфаркт миокарда.	Деструктивная пневмония. Инфаркт миокарда.	Инфаркт миокарда. Пневмония.	Неточное построение окончательного диагноза.
22. У больного тяжелой ХОБЛ длительный эпизод за грудиных болей, коллапс.	Инфаркт миокарда. ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит, легочное сердце.	ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит, легочное сердце.	Гипердиагностика инфаркта миокарда по клиническим данным.
23. У больного с терминальной стадией острого лейкоза развился инфаркт миокарда.	Острый лейкоз. Инфаркт миокарда.	Инфаркт миокарда. Острый лейкоз.	Неточное построение окончательного диагноза.
24. Больной постинфарктным кардиосклерозом госпитализирован с лихорадкой и одышкой.	ИБС, обострение с развитием очагов поражения. Пневмония.	Повторный инфаркт миокарда. Отек легких. Септический эндокардит.	Пребывание в стационаре 2 часа. Обследование и уточнение диагноза в эти сроки не удалось.
25. Пациентка переведена из другой клинической больницы для уточнения диагноза.	Системная красная волчанка: панкардит, альвеолит, полимиозит.	Генерализованная Т-клеточная лимфосаркома с поражением сердца, легких, пищевода, почек и всех групп лимфоузлов.	Пребывание в отделении 2 дня. Диагноз установлен только при морфологическом и иммунохимическом исследовании.
26. Больной массивной пневмонией, с тяжелой одышкой.	Пневмония с множественной деструкцией. Тромбозы.	Фиброзирующий альвеолит. Пневмония.	Из-за крайней тяжести состояния и краткости пребывания диагностировать сотовое легкое в исходе альвеолита не удалось.
27. Пациент длительно наблюдался по поводу кардиомиопатии. Поступил с декомпенсацией кровообращения.	Кардиомиопатия. Ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз.	Ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз.	Гипердиагностика кардиомиопатии связана с тем, что этот диагноз был ранее установлен при повторных госпитализациях в кардиологические отделения.

28. Пациент 97 лет длительно наблюдался по поводу повторных инсультов, сахарного диабета. Длительно обездвижен. Госпитализирован по поводу пневмонии.	Сосудистое поражение мозга. Кисты головного мозга разных сроков давности. Лисциркуляторная энцефалопатия в стадии декомпенсации	Смешанный инфаркт в затылочной доле правого полушария на фоне многочисленных кист и атрофии головного мозга.	Свежий инсульт расценивался как декомпенсация дисциркуляторной энцефалопатии сосудистого генеза в исходе многократных инсультов. Уточнение диагноза по данным КТ было невозможно.
---	---	--	---

Клинико-анатомические сопоставления диагнозов по остальным классам болезней (кроме класса II – новообразования) показывают, что часть клинических ошибок объективна, так как больные в крайне тяжелом состоянии (наблюдения 20, 24, 25, 26) находились в стационаре от 2-х часов до 2-х суток. В рассматриваемой области (наблюдения 21, 23) причиной расхождения диагнозов (так же, как и в предыдущем разделе) является неправильное построение диагноза, хотя клинический диагноз сформулирован по патогенетическому принципу.

Две диагностические ошибки могут быть расценены как субъективные. В наблюдении 22 диагноз инфаркта миокарда установлен, преимущественно, по клиническим данным (предполагался инфаркт правого желудочка или циркулярное поражение миокарда), но доказательного обоснования (ЭхоКГ, кардиоферменты) получить не успели.

В наблюдении 27 диагноз кардиомиопатии (которая не была обнаружена при аутопсии) был установлен на основании ряда эпикризов кардиологических отделений. В наблюдении 28 за период длительного пребывания (110 дней) в стационаре пневмония была излечена, но периодически фиксировались эпизоды декомпенсации энцефалопатии.

### Обсуждение результатов

Рассмотрение представленных данных летальности отделения пульмонологии многопрофильной больницы в многолетней ретроспективе и на большом клинико-анатомическом материале (579 аутопсии у 827 умерших) показало, что при хорошем качестве медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста средняя продолжительность жизни в 2005-08 г.г. составляет 80 лет. В возрасте до 60 лет летальные исходы наступали только вследствие злокачественных и лимфопролиферативных заболеваний.

Расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов установлены в 28 (4,8%) случаях из 579 аутопсий. Расхождения диагнозов фиксировались у лиц пожилого и старческого возраста в 27 случаях из 28.

Из этих 28 наблюдений, по заключению патологоанатомов, бикаузальный диагноз установлен у 16, монокаузальный – у 7, мультикаузальный – у 5 умерших. Таким образом, у лиц старше 60 лет в большинстве случаев речь идет не просто о полиморбизме, а о конкурирующих/сочетанных заболеваниях и полипатиях.

Причины расхождения диагнозов могут быть объективными или субъективными. К объективным причинам осложнений относят краткость пребывания больного в учреждении, тяжесть состояния, трудность диагностики.

Субъективные причины ошибок кроются в недостаточном обследовании, недоучете анамнестических и клинических данных, неправильной трактовке данных обследования, неверной оценке заключения консультанта, неправильном построении или оформлении окончательного диагноза.

Приведенные в табл. 4–9 сведения о причинах ошибок свидетельствуют, что в 18 наблюдениях причины ошибок были объективными (краткость пребывания в стационаре, тяжесть состояния, полипатии), а в 10 наблюдениях ошибки обусловлены субъективными причинами (неправильное построение окончательного диагноза – 5, переоценка цитологических данных – 2, переоценка заключений специалистов – 2, переоценка клинической симптоматики – 1). Обращает внимание, что пятая часть всех расхождений диагнозов (и половина всех субъективных ошибок) произошла из-за неточного построения окончательного диагноза, хотя при жизни были установлены все заболевания, выявленные патологоанатомами.

Представляется не случайным, что расхождения диагнозов в 19 из 28 случаях связаны с диагностикой онкологических заболеваний. Анализ расхождений клинических и анатомических диагнозов по разделам дефектов диагностики первично-множественных опухолей, расхождений по локализации рака и выявлению отдаленных метастазов явился основой для изменения программы обследования онкологических больных. Если до этих расхождений диагнозов при установлении первичной легочной локализации опухоли решалась задача морфологической верификации и поиска регионарных и отдаленных метастазов, то в последние годы при выявлении одной опухоли проводится онкологическое обследование по всем органам и системам, а также скintiграфия скелета для выявления метастазов в кости. В отдельных случаях применяется и позитронно-эмиссионная томография. Цитологические исследования, как правило, стали проводиться в вариантах двойной, а иногда тройной верификации.

Клинико-анатомические сопоставления диагнозов являются существенным фактором оценки качества лечебно-диагностического процесса и важным механизмом совершенствования профессиональных знаний врача.

### Литература

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. *Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов // Справочник. – М. – «Медицинское информационное агентство», 2008. – 420 с.*