

ОБЗОРЫ

© Никулина Н.Н., 2016  
УДК 616-091+61:[378-3

**РОЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

*Н.Н. Никулина*

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

**В статье обсуждается актуальность формирования и совершенствования клинического мышления в первичном и последующем непрерывном постдипломном медицинском образовании врачей клиницистов. Приводится обоснование того, что патологоанатомическое исследование остается «золотым стандартом» посмертной диагностики, а частота и востребованность прижизненной патологоанатомической диагностики (биопсий) с каждым годом только возрастает. Обсуждаются диагностическая, экспертная и методическая функции патологоанатомической службы в современном медицинском образовании и здравоохранении в целом.**

**Ключевые слова:** медицинское образование, клиническое мышление, диагноз, клиничко-патологоанатомическая конференция, аутопсия, патологоанатом.

В подготовке врача клинициста с первых лет обучения важнейшая роль отводится формированию клинического мышления – способности собирать и анализировать клинические сведения и синтезировать полученные данные в виде нового знания: синдромного и нозологического диагноза, прогноза, плана обследования и индивидуального лечения. В более общем виде под клиническим мышлением понимают когнитивную способность решать профессиональные задачи на основе знаний, опыта и интуиции. Недостаточная способность применять приобретенные знания на практике зачастую лежит в основе врачебных ошибок и неэффективных лечебных мероприятий [1, 5].

Краеугольным камнем клинического мышления, да и всей врачебной работы в целом, является медицинская диагностика [3, 8, 14, 15]. Диагноз – это краткое врачебное заключение о патологическом со-

стоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренными действующими классификациями и номенклатурой болезней [4, 10].

Известно, что любой клиницист нередко испытывает существенные трудности при постановке диагноза, а начинающий врач – в особенности. Как бы то ни было, именно умение поставить правильный диагноз – важнейшая профессиональная компетенция врача. Данное утверждение отражено в основополагающих документах, регулирующих врачебную профессию – от клятвы Гиппократов до Образовательных программ, утвержденных профильным министерством страны [12].

Именно эффективность клинического мышления определяет качество медицинской диагностики в рамках субъектив-

ной способности врача и приводит к минимизации врачебных ошибок. Под последними обычно понимают ошибочные действия врача, «имеющие в своей основе несовершенство современной медицинской науки, объективные условия работы, недостаточную квалификацию или неспособность использовать имеющиеся знания; определяющим признаком ошибки является невозможность для данного врача предусмотреть и предотвратить ее последствия» [1, 5, 17].

Среди важнейших причин дефектов диагностической работы, которые приводят к врачебным ошибкам, и, в конечном счете, снижают качество лечебно-диагностической помощи, можно выделить те, которые непосредственно связаны с недостаточно сформированным клиническим мышлением врача. Это субъективизм, проявляющийся в оценке и интерпретации объективных симптомов, что во многом зависит от опыта и квалификации врача; невозможность определения внутренних связей между симптомами, приводящая к неправильному отбору наиболее существенных данных, выделению ведущего синдрома, проведению дифференциального диагноза; отсутствие целостной картины болезни и как следствие этого – невозможность выделения ключевых лечебно-диагностических мероприятий [1, 17].

Следует отметить, что постоянно расширяющиеся возможности лабораторной и инструментальной диагностики зачастую создают ложное представление, особенно у молодых специалистов, об отсутствии необходимости вдумчивого, всестороннего клинического обследования и клинического мышления. Безусловно, такой подход является заблуждением, поскольку на практике не так часто можно встретить прямые подсказки со стороны параклинических служб, а обилие сведений при недостаточной способности врача к анализу и синтезу ведет лишь к дополнительным диагностическим трудностям [12].

Отечественная клиническая медицина, вобрав в себя все лучшее из медицины

Европы и Востока, традиционно подчеркивала важность развития в молодом поколении врачей именно клиницистов. «Я скажу вам кратко и ясно: врачевание состоит в лечении самого больного. Вот вам вся тайна моего искусства, каково оно ни есть! Вот вам вся цель Клинического института! Должно лечить самого больного, его состав, его органы, его силы...» Так писал в начале XIX в. Матвей Яковлевич Мудров, один из реформаторов высшей медицинской школы России [12].

Важная роль в подготовке врачей клиницистов, формировании у них клинического мышления, понимания патогенеза заболеваний и взаимосвязи патологических процессов в рамках коморбидной патологии традиционно принадлежит мировой и отечественным школам патологоанатомов. Эта роль сохраняется и при последующем постдипломном образовании врача.

Нельзя согласиться с мнением ряда врачей о том, что патологическая анатомия в настоящее время теряет для клиницистов свое познавательное, организующее и воспитательное значение. Действительно, за последние десятилетия наблюдается общемировая тенденция постепенного вытеснения традиционных, проверенных временем методов диагностики, в том числе патологоанатомического исследования, новыми диагностическими методами [3, 18, 20-23]. Однако, при всех положительных сторонах внедрения современных прижизненных диагностических технологий мировое медицинское сообщество выражает крайнюю обеспокоенность тем, что все реже используется аутопсия, которая до настоящего времени остается самым точным методом («золотым стандартом») установления посмертного диагноза. В частности, показано, что внедрение новых методов прижизненной диагностики некоторых заболеваний, например, острых форм ишемической болезни сердца, существенно не снижает количество диагностических ошибок [2, 8, 9, 19-21]. К сожалению, вопрос о низкой частоте вскрытий поднимается чаще патологоанатомами, то-

гда как лечащие врачи как никто другой должны быть заинтересованы в качестве проводимой ими диагностики.

Более того, возросла роль патологоанатомической службы в прижизненной диагностике заболеваний. Биопсия стала одним из самых распространенных методов диагностического исследования, дающих к тому же наиболее объективные и достоверные результаты [11].

И биопсии, и результаты секции дают важный материал для научной работы, развития теоретической медицины и смежных фундаментальных наук.

Однако, с позиций медицинского образования, как первичного, так и последующего, важно не только и не столько участие патологоанатомической службы в диагностическом процессе, сколько последующая «обратная связь» между патологоанатомом и врачом-клиницистом с анализом результатов патологоанатомического исследования, сопоставлением клинического и патологоанатомического диагнозов, поэтапным анализом проведенных диагностических и лечебных мероприятий, совершенных ошибок на всех этапах медицинской помощи. Наиболее эффективной формой такой «обратной связи» являются клиничко-патологоанатомические конференции. Традиции и принципы их проведения были сформированы еще во времена советского здравоохранения и на протяжении последующих десятилетий они доказали свою эффективность в повышении качества знаний и клинического мышления врачей [13].

Исторически выделяют две основные задачи клиничко-патологоанатомических конференций: (1) повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), качества клинической диагностики и лечения больных путем общего обсуждения и анализа клиничко-патоморфологических данных; (2) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, в том числе организационного характера [13].

На клиничко-патологоанатомических конференциях обсуждаются: (1) все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, (2) все наблюдения, которые представляют научно-практический интерес, (3) случаи необычного течения заболевания, (4) случаи медикаментозных заболеваний и медикаментозного патоморфоза заболеваний, (5) случаи смерти больных после хирургического, диагностического, терапевтического вмешательств, особенно тех больных, которые были экстренно госпитализированы, (6) острые инфекционные заболевания, (7) случаи поздней диагностики, сложные для диагностики заболевания, неясные случаи, которые требуют общего обсуждения. Ежегодно обсуждается доклад начальника патологоанатомического бюро, заведующего патологоанатомическим отделением о работе за прошедший год, в котором должны быть представлены сводные данные о летальности в больнице, анализ качества диагностики и недостатков медицинской помощи на всех этапах лечения пациентов. На клиничко-патологоанатомической конференции обязаны присутствовать все врачи данного ЛПУ, а также врачи тех ЛПУ, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах [13].

Для проведения клиничко-патологоанатомической конференции руководителем ЛПУ назначаются два сопредседателя (клиницист и начальник патологоанатомического бюро, заведующий патологоанатомическим отделением), а также оппонент из числа наиболее квалифицированных врачей. Для ведения протокола конференции назначаются два постоянных секретаря из штата врачебного коллектива [13].

Случаи, которые подлежат обсуждению, докладываются лечащими врачами, патологоанатомом, который выполнял вскрытие умершего и анализировал по данным медицинской карты стационарного больного качество обследования, ведение медицинской документации, а потом обсуждаются участниками конференции,

включая врачей других специальностей, которые принимали участие в диагностике заболевания. Администрация ЛПУ на основе материалов, выводов и предложений клинико-патологоанатомической конференции разрабатывает и принимает меры по предупреждению и ликвидации недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи [13].

Важно отметить, что понятия «совпадение» или «расхождение» клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сопоставления рубрик «Основное заболевание», или «Комбинированное основное заболевание», или «Полипатия». Сопоставление диагнозов по другим рубрикам, в частности по осложнениям (в том числе смертельному), сопутствующим заболеваниям, проводится отдельно и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов, а указывается дополнительно, например, в клинико-анатомическом эпикризе [4].

Также врачам необходимо помнить, что при сопоставлении диагнозов учитывается только тот заключительный клинический диагноз, который вынесен на оборотную сторону титульного листа истории болезни, или указан как заключительный в амбулаторной карте умершего. Факт поздней (несвоевременной) диагностики устанавливается только коллегиально, во время проведения клинико-экспертной комиссии. При расхождении диагнозов указываются категория расхождения и причина расхождения [4, 10, 16]. Следует отметить, что существующие в настоящее время дефиниции категорий расхождений диагнозов вызывают обоснованную критику. Ведущие отечественные патологоанатомы обращают внимание на то, что в условиях современного здравоохранения более важными показателями (индикаторами) качества прижизненной диагностики должны стать своевременность установления клинического диагноза и конкретные причины расхождения диагнозов [4].

Таким образом, традиционно на патологоанатомов возлагается не только ди-

агностическая, но и экспертная функция – в отношении качества диагностических и лечебных мероприятий, осуществляемых врачами клиницистами. При этом, патологоанатомы испытывают серьезные трудности, связанные с самим характером их деятельности и, прежде всего, с большим диапазоном патологических процессов и явлений, с которыми они имеют дело. Среди медицинских работников практически только патологоанатом и остался «универсалом», т.е. лицом, вынужденным исследовать любые патологические процессы, к компетенции какого бы клинического специалиста они не относились.

Наконец, далеко не всегда клинические и патологоанатомические классификации и терминология совпадают. Кроме того, клинические классификации и терминология имеют свойство чрезвычайно быстро меняться, отражая стремительное развитие современной практической медицины, тогда как патологоанатомические классификации и терминология отличаются большим постоянством, отражая консерватизм фундаментальных медицинских наук.

Все вышеперечисленное обуславливает высокие профессиональные требования к самому врачу патологоанатому и качеству выполняемого им исследования, его высокой эрудиции и компетентности в современных проблемах практической и теоретической медицины.

Из экспертной задачи патологоанатомической службы логически вытекает необходимость ее методической работы с врачами клиницистами. По мнению автора статьи, высокий процент расхождений диагнозов в ЛПУ и, особенно, повторяющиеся из года в год типичные ошибки клиницистов в диагностике, формулировке диагноза, оформлении медицинской документации в случае смерти пациента свидетельствуют о недостаточной методической работе с врачами, в том числе со стороны патологоанатомической службы данного ЛПУ. Основная задача и сопоставления диагнозов (клинического и патологоанатомического), и проведения кли-

нико-патологоанатомических конференций – не наказывать или оправдать врача клинициста, а научить его избегать подобных ошибок в будущем.

Как частный вариант недостаточной методической работы с врачами со стороны патологоанатомов можно привести следующую иллюстрацию. Для внебольничной летальности (т.е. умерших вне ЛПУ, например, на дому) сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет свои особенности. В амбулаторной карте должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз (в отличие от стационарной медицинской помощи, клинический диагноз может быть неразвернутым – по объективным причинам). В случаях, когда заключительный клинический диагноз сформулировать (даже кратко, в неразвернутом виде) невозможно, а тело умершего было направлено на патологоанатомическое вскрытие для установления причины смерти, сопоставление диагнозов не проводится, и такие случаи выделяются в особую группу для анализа на клиничко-экспертных комиссиях и для годовых отчетов. При наличии в карте амбулаторного больного заключительного клинического диагноза и при его сопоставлении с патологоанатомическим врач патологоанатом устанавливает факт совпадения или расхождения диагнозов. При расхождении диагнозов не выставляется категория расхождения – она применима только для случаев смерти в стационарах [4, 10]. По нашим данным, эта информация о менее жестких (по объективным причинам) требованиях к заключительному клиническому диагнозу для случаев внебольничной летальности патологоанатомами ЛПУ зачастую не доводится до участковых терапевтов, что можно рассматривать как одну из причин недостаточной активности последних в направлении тел умерших на патологоанатомическое исследование [2, 3, 8, 9].

В качестве противоположного при-

мера – высокой методической активности – необходимо указать большую роль отечественной патологоанатомической школы в формировании представлений клиницистов о Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и принципах формулировки диагноза (не только патологоанатомического, но и клинического). Монографии и методические руководства ведущих отечественных патологоанатомов (Г.Г. Автандилова, О.В. Зайратьянца, Л.В. Кактурского) по данным вопросам отличает профессиональный подход и высокая достоверность излагаемого материала, поэтому они становятся "настоятельными" у врачей клиницистов и неоднократно переиздаются [3, 6, 7, 10, 16].

Таким образом, несмотря на расширение арсенала лабораторных и инструментальных методов прижизненной диагностики именно патологоанатомическая диагностика, как прижизненная (биопсии), так и посмертная (аутопсии), остается «золотым стандартом».

Клиничко-патологоанатомический анализ может быть успешным только при наличии единых установок в отношении принципов диагностики, формулировки диагноза, терминологии и классификации заболеваний, а также единых критериев оценки качества диагностики и лечения больного.

Дальнейшее совершенствование методов патологической анатомии, укрепление патологоанатомической службы как системы мероприятий, направленных на улучшение диагностики, лечения, организации медицинской помощи, формирование клинического мышления и повышение квалификации врачей клиницистов, а также усовершенствование принципов клиничко-патологоанатомического анализа являются одним из важнейших условий развития и совершенствования медицинского образования, а также практической и теоретической медицины в целом.

#### Литература

1. Амиров А. Современные ориентиры медицинского образования в России //

- Высшее образование в России. – 2008. – №3. – С. 22-26.
2. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Фурменко Г.И., Акинина С.А. Высокая смертность от ИБС в Российской Федерации: проблемы формирования статистических данных (по результатам Российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС – РЕЗОНАНС) // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 19-25.
  3. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С., Фурменко Г.И., Акинина С.А. Место аутопсии среди современных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (по результатам Российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС «РЕЗОНАНС») // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 231-233.
  4. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагноза: справочник. – 2-е изд. – М.: МИА, 2011. – 576 с.
  5. Кузьминов О.М., Пшеничных Л.А., Крупенькина Л.А. Формирование клинического мышления и современные информационные технологии в образовании: монография. – Белгород: ГиК, 2012. – 110 с.
  6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра. – Женева: ВОЗ, 1995. – Т. 1, ч. 1. – 698 с.
  7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра. – Женева: ВОЗ, 1995. – Т. 1, ч. 2. – 633 с.
  8. Никулина Н.Н., Якушин С.С. Невыявленные в клинической практике острые формы ИБС: частота, закономерности, влияние на эпидемиологическую ситуацию // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2010. – № 3. – С. 65-71.
  9. Никулина Н.Н., Якушин С.С. Регистрация заболеваемости и смертности от острых форм ИБС в России: выявленные проблемы и пути их решения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 6 (Прил. 1). – С. 253-254.
  10. Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Никонов Е.Л. Правила формулировки диагноза. Ч. 1. Общие положения: стандарт. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ, 2006. – 88 с.
  11. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Аничков Н.М. Руководство по биопсийно-секционному курсу: учебное пособие. – М.: Медицина, 2002. – 257 с.
  12. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс: учебник. – М.: Геотар Медиа, 2011. – 880 с.
  13. Приложение "Положение о порядке организации и проведения клинико-анатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях» к Приказу МЗ СССР от 04.04.83 №375 (ред. от 11.03.88) «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране». – М., 1988.
  14. Селиверстова Д.В., Евсина О.В. Инфаркт миокарда у пациентов молодого возраста: факторы риска, течение, клиника, ведение на госпитальном этапе // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – № 4. – С. 104-109.
  15. Султанов И.Я. Этапы диагностики с позиций теории диагноза и классификация диагностических ошибок в клинике внутренних болезней // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина». – 1998. – № 1. – С. 168-174.
  16. Франк Г.А., Зайратьянц О.В., Шпектор А.В., Кактурский Л.В., Мишнев О.Д., Рыбакова М.Г. и др. Формули-

- ровка патологоанатомического диагноза при ИБС (Класс IX "Болезни системы кровообращения" МКБ-10) [Электр. ресурс] // Клинические рекомендации Профильной комиссии по специальности "Патологическая анатомия" МЗ РФ и Российского общества патологоанатомов. – М., 2015. – 34 с. – Режим доступа: [http://www.volgmed.ru/uploads/files/2015-11/49580-klinicheskie\\_rekomendacii\\_po\\_formulirovke\\_patologoanatomicheskogo\\_diagnoza\\_pri\\_ibs.pdf](http://www.volgmed.ru/uploads/files/2015-11/49580-klinicheskie_rekomendacii_po_formulirovke_patologoanatomicheskogo_diagnoza_pri_ibs.pdf)
17. Эльштейн Н.В. Диагностические ошибки интернистов: общие аспекты [Электр. ресурс] // Русский медицинский журнал. – 1998. – №1. – Режим доступа: [http://www.rmj.ru/articles\\_1983.htm](http://www.rmj.ru/articles_1983.htm).
18. Ioan B., Alexa T., Alexa I.D. Do we still need the autopsy? Clinical diagnosis versus autopsy diagnosis // Rom. J. Leg. Med. – 2012. – Vol. 20. – P. 307-312. – URL: <http://www.rjlm.ro/doc/307-312-dowestillneedtheautopsy.pdf>
19. Pulvers R. Pondering the process of filling in the final page of a person's life // The Japan Times. – 2008. – Sunday, November 2.
20. Lemaire F. Should the autopsy be resuscitated? // Intensive Care Med. – 2003. – Vol. 29. – P. 518-521.
21. Sartory B. The decline of the hospital autopsy: a safety and quality issue for healthcare in Australia // The Medical Journal of Australia. – 2004. – Vol. 180, №60. – P. 281-285.
22. Marinescu D., Rogosea L. The role and importance of autopsy – a practical and ethichal approach // Bulletin of the Transilvania University of Brasov. Series VI: Medical Science. – 2014. – Vol. 7, № 2.
23. Turnbull A., Osborn M., Nicholas N. Hospital autopsy: endangered or extinct? // J. Clin. Pathol. – 2015. – №1. – P. 1-4.

## THE ROLE OF PATHOANATOMICAL DEPARTMENTS IN IMPROVING MEDICAL EDUCATION (LITERATURE REVIEW)

*N.N. Nikulina*

**The article discusses the relevance of formation and improvement of clinical thinking in the primary and subsequent postgraduate continuous medical education of clinicians. The article provides the rationale that the post-mortem examination remains the "gold standard" of post-mortem diagnostics, and the frequency and relevance of intravital pathoanatomical diagnostics (biopsies) only increases every year. Examines diagnostic, expert and methodological functions of the pathology service in modern medical education and health care in General.**

**Keywords:** *medical education, clinical thinking, diagnosis, clinical-pathological conference, autopsy, pathologist.*

Никулина Н.Н. – д.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: [Natalia.Nikulina@mail.ru](mailto:Natalia.Nikulina@mail.ru)