

# СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ РУКОВОДСТВО

*Под редакцией профессора В. А. Клевно*



ИЗДАТЕЛЬСТВО  
АССОЦИАЦИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ  
[www.ассоциация-смэ.рф](http://www.ассоциация-смэ.рф)  
МОСКВА, 2015

# Судебно-медицинский ❧ — ДИАГНОЗ — руководство

*Под редакцией профессора В.А. Клевно*

## Предисловие

Побудительным мотивом к написанию настоящей книги явилось отсутствие в учреждениях судебно-медицинской экспертизы единого научно-методического подхода к формулировке, структуре и построению судебно-медицинского диагноза, сопоставлению его с заключительным клиническим в случаях наступления смерти потерпевшего в стационаре медицинской организации.

Отсутствие в профессиональном сообществе судебно-медицинских экспертов единого взгляда на указанную проблему является следствием отсутствия нормативно-правового регулирования вопросов, связанных с необходимостью обязательного составления судебно-медицинского (не патологоанатомического) диагноза и сопоставления его с заключительным клиническим диагнозом.

Нормы федерального закона от 31.05.2001 N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации», формы N 42 отраслевой статистической отчетности «Отчет врача судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы», утвержденной приказом Минздрава России от 22.10.2001 N 385 «Об утверждении отраслевой статистической отчетности» не содержат каких-либо императивов, предписывающих врачу судебно-медицинскому эксперту составлять судебно-медицинский диагноз, а затем сопоставлять его с заключительным клиническим диагнозом.

Другими словами, одна из задач, стоящая перед судебно-медицинской экспертизой – содействие органам управления здравоохранением и их подведомственным учреждениям в улучшении качества оказания медицинской помощи населению, никак не закреплена в нормативных правовых актах, регулирующих порядок организации и производства судебно-медицинской экспертизы трупов лиц, умерших в стационарах медицинских организаций.

Для реализации указанной задачи, в целях контроля качества лечебно-диагностической работы и выявления дефектов оказания медицинской помощи (на основе посмертной диагностики травм, отравлений, действия крайних температур, болезней и установления причины смерти), повышения профессионального уровня врачей (на основе клинических разборов летальных исходов и клинико-анатомического сопоставления диагнозов), необходимо проводить сопоставление прижизненного заключительного клинического и посмертного судебно-медицинского диагнозов.

Начиная с 30-40-х годов прошлого века, врачи-патологоанатомы разрабатывают принципы сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. В настоящее время этот раздел работы патологоанатомов регламентирован приказом



# Предисловие КНИГИ

## Принятые сокращения

**ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»** — государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

**ГСЭУ** — государственное судебно-экспертное учреждение.

**Закон N 323-ФЗ** — Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Закон N 73-ФЗ** — Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

**КАК** — клиничко-анатомическая конференция.

**КАЭ** — клиничко-анатомический эшикриз.

**КИЛИ** — комиссия по изучению летальных исходов.

**КЭК** — клиничко-экспертная комиссия.

**ЛКК** — лечебно-контрольная комиссия

**МК** — медицинские критерии.

**МКБ-10** — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (ICD-10).

**МО** — медицинская организация.

**МСС** — медицинское свидетельство о смерти; его форма утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782-н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

**Отраслевой стандарт** — приказ Минздрава РФ от 22.01.2001 N 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (вместе с ОСТ ТО 91500.01.0005-2001).

**Порядок** — Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации.

**Приказ N 194н** — приказ Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

**Приказ N 346н** — приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 N 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

**Приказ N 782н** — приказ Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

**СМД** — судебно-медицинский диагноз.



# Принятые сокращения

## Введение

При разрешении специальных вопросов медицинского характера невозможно обойтись без статистического анализа смертности населения, изучения причин смерти и сравнения результатов клинического обследования больного (пострадавшего) с результатами судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа.

Результаты врачебного обследования кратко систематизируются в определенной форме — **диагнозе**, который отражает картину заболевания (повреждения), причину, патогенез и его динамику.

Авторами настоящего издания предпринята попытка решить две группы проблем, с которыми сталкивается врач судебно-медицинский эксперт ежедневно при проведении судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа.

**Одна группа** проблем связана с процессуальными, организационными, методическими и практическими основами судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы:

– *Во-первых*, судебно-экспертная деятельность неразрывно связана с соблюдением высоких требований к достоверности представляемой информации и ответственностью, возлагаемой на судебно-медицинского эксперта.

В связи с бурным развитием гражданского общества и изменениями законодательства в сторону усиления состязательности сторон в суде, все чаще наблюдаются попытки оспаривания заключения эксперта на этапах предварительного расследования и судебного следствия с использованием заключений специалистов. Предметная и, подчас, справедливая критика специалистов касается несоблюдения правил формулировки судебно-медицинского диагноза и, как следствие, составление ошибочных выводов эксперта.

– *Во-вторых*, в последнее время наблюдается значительный рост комиссионных судебно-медицинских экспертиз с оценкой качества оказания медицинской помощи и дефектов профессиональной деятельности медицинских работников, в рамках так называемых «врачебных дел». При этом важным доказательством по делу будет заключение эксперта, основанное на объективном, всестороннем и полном исследовании, обеспечивающим правильную постановку и формулировку судебно-медицинского диагноза.

Требования статьи 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ)<sup>1</sup>, предписывают врачам судебно-медицинским экспертам *установление основной причины смерти и сопутствующих заболеваний* для государственного контроля качества и условий предоставления медицинской помощи.

Аргументированная формулировка и построение судебно-медицинского диагноза, клинико-анатомического эпикриза, заключения о



# Введение

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Начало действия редакции – 01.01.2014 (за исключением отдельных положений).

## Глава 1. Термины и понятия

Настоящее издание предваряют основные термины и понятия из Советской энциклопедии (1980), Энциклопедического словаря медицинских терминов (1982-1984), МКБ-10 и Отраслевого стандарта системы стандартизации в здравоохранении<sup>1</sup>.

К целям и задачам настоящего издания также использовали адаптированные термины и понятия из судебно-медицинской и патологоанатомической литературы следующих авторов: В.А. Клевно (1994); В.А. Клевно, М.П. Филиппов, О.Ю. Чирков и др. (2002); В.А. Клевно, Ю.Л. Бойко, М.П. Филиппов и др. (2003); И.В. Буромский, В.А. Клевно, Г.А. Пашинян (2006); О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский (2011).

Судебно-медицинская экспертиза трупов направлена на установление причины смерти в случаях механических повреждений, расстройства здоровья и смерти от кислородного голодания, отравлений и действия других физических факторов. Результатом судебно-медицинского исследования трупа является заключение эксперта, содержащее судебно-медицинский диагноз.

**Диагноз** (от греч. *diagnosys* – распознавание) – краткое медицинское заключение о состоянии здоровья, о заболевании (травме) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, принятых действующими классификациями и номенклатурой болезней.

Дефиниции «диагноза» мы обязаны, прежде всего, российским ученым патологоанатомам, которые на протяжении практически целого десятилетия оттачивали формулировку и содержание этого понятия (О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, Г.Г. Автандилов 2003; Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, 2004; О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, 2011).

Содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге.

Диагнозы *клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский* — являются обязательной составной частью медицинской документации: медицинская карта стационарного больного и индивидуальная карта амбулаторного больного, протокол патологоанатомического вскрытия, акт судебно-медицинского исследования трупа и заключение эксперта (экспертиза трупа).

МКБ-10 в точности должна использоваться при оформлении МСС. Именно МСС является важнейшим показателем медицинской статистики, которое должно предоставлять достоверные данные о заболеваемости и причинах смерти населения конкретного региона и страны в целом.

1. Утв. приказом Минздрава РФ от 22.01.2001 N 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»» (вместе с ОСТ ТО 91500.01.0005-2001) (далее – Отраслевой стандарт).



# Глава 1. Термины и понятия

## Глава 2. Причины насильственной смерти

В настоящей главе речь пойдет, прежде всего, о причинах смерти при механических повреждениях, как наиболее часто встречаемых при судебно-медицинской экспертизе трупов в случаях смерти от различных ее видов, расстройства здоровья и смерти от острого кислородного голодания, действия некоторых физических факторов, расстройства здоровья и смерти вследствие отравлений.

Вопрос об установлении причины смерти при судебно-медицинской экспертизе трупа является первостепенным и от того как он решен с точки зрения полноты, всесторонности и объективности проведенного исследования, зависит качество заключения эксперта и обоснованность ответов на другие вопросы дознавателя, следователя, судьи.

Анализу и систематике причин смерти в судебно-медицинской практике посвящено большое число работ отечественных ученых (В.Н. Крюков, Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский и др. 2003; В.Н. Крюков, И.В. Буромский, В.А. Клевно и др., 2014; В.А. Клевно, В.В. Хохлов, 2014).

По мере накопления медицинских знаний в области диагностики заболеваний, травм и отравлений, деятельность врача судебно-медицинского эксперта при формулировании и построении СМД с выделением основной и непосредственной причин смерти требует от него не только переосмысления имеющегося практического опыта, но и получения новых специальных медицинских знаний, необходимых для точного установления причин смерти.

При формулировании СМД, врач судебно-медицинский эксперт обязан выделить основную и непосредственную причины смерти. Основной причиной смерти является нозологическая единица, оформленная в соответствии с требованиями МКБ-10, а непосредственной причиной смерти – осложнение основного заболевания (повреждения). Ключевым условием систематизации причин смерти является временной промежуток, прошедший от времени воздействия повреждающего фактора до времени наступления смерти.

Если смерть наступает тотчас после причинения травматического воздействия, без развития осложнений, которые могли привести к наступлению смерти, то в таком случае сама травма (повреждение) является одновременно основной и непосредственной причиной смерти, что должно найти свое отражение при формулировке и составлении СМД, а также при заполнении МСС.

Если смерть наступила в короткий либо отдаленный промежуток времени после причинения травматического воздействия с последующим развитием осложнений, которые привели к наступлению смерти, то в таком случае сама травма (повреждение) является основной, а осложнение – непосредственной причинами смерти, что должно найти свое отражение при формулировке и составлении СМД и заполнении МСС.

В настоящее время принято выделять **три группы** причин смерти:

1) *травма как основная и непосредственная причина смерти;*



# Глава 2. Причины насильственной смерти

### Глава 3. Правила построения и структура судебно-медицинского диагноза

Правила построения и структура судебно-медицинского диагноза (СМД), также как клинического и патологоанатомического диагнозов основаны на *общих принципах медицинской информатики* и требованиях МКБ-10 (В.А. Клевно, С.А. Кучук, О.В. Лысенко, В.Е. Челан, 2015).

#### Основные правила построения и структура СМД:

1. СМД должен состоять из трех рубрик:
  - 1.1. *основное заболевание* (повреждение);
  - 1.2. *осложнение основного заболевания* (повреждения);
  - 1.3. *сопутствующие заболевания* (повреждения, состояния).
2. При построении СМД рубрики начинаются с указания их названия.
3. СМД должен быть нозологичным.

Нозологическая единица включает в себя совокупность клинических и/или морфологических проявлений, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, которые позволяют определить заболевание (повреждение) и отнести его к определенному типу патологии, объединенную одной этиологией и патогенезом.

В рубриках СМД должны быть указаны нозологические единицы, которые имеются в отечественных классификациях. В судебно-медицинской практике эквивалентом основного заболевания нередко является травма, отравление и т.д.

4. В основе построения СМД должен лежать этиопатогенетический принцип, требующий обязательного указания на происхождение патологического процесса.

Выявленные патоморфологические изменения в органах и тканях в СМД должны быть перечислены в патогенетической последовательности, отражающей причинно-следственные связи между этими изменениями и их хронологическую последовательность.

Основой СМД является морфологический субстрат (перечень патоморфологических изменений). В СМД должны фигурировать не только морфологические проявления заболевания, травмы или другого патологического состояния, но и клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Такие понятия как «острая» или «хроническая сердечная недостаточность», «интоксикация», «дыхательная, печеночная или почечная недостаточность» отражают функциональную характеристику органа или системы и являются клиническими понятиями. В СМД они отражаются в виде их морфологических эквивалентов. Широко используемые в клинической практике понятия «кома» и «шок» могут быть внесены в СМД только при их наличии (подтверждении) в медицинских документах, с обязательной ссылкой – «по клиническим данным».

Недопустимо включение в СМД немедицинских терминов, которые неспособны отразить состояние здоровья, например, «бампер-перелом», «отпечатки протектора», «следы скольжения» и т.п. (А.А. Солохин, В.А. Свешников, Е.Ю. Дедюева и др., 1986).



# Глава 3. Правила построения и структура судебно- медицинского диагноза

#### **Глава 4. Порядок оформления медицинского свидетельства о смерти**

Порядок ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти (далее – Приказ N 782н)<sup>1</sup>, предусматривает заполнение следующих учетных форм МСС:

1. Учетная форма № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» (приложение № 2 к приказу).

2. Учетная форма № 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (приложение № 3 к приказу).

В день окончания судебно-медицинского исследования трупа, врач – судебно-медицинский эксперт заполняет и подписывает МСС, в котором кодирует причину смерти в соответствии с МКБ-10.

По результатам судебно-медицинской экспертизы трупа мертворожденного или ребенка, умершего в первые 168 часов после рождения, врач – судебно-медицинский эксперт заполняет и выдает «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти».

Рекомендации по порядку заполнения и выдачи МСС изложены в письме Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178<sup>2</sup>. МСС заполняют чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка МСС, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью «исправленному» верить, подписью лица, заполняющего МСС и печатью МО. Внесение более двух исправлений в МСС не допускается. Заполнение МСС производится вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

Заполнению подлежат все пункты МСС. В случае, если заполнение того или иного пункта МСС невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись «неизвестно», «не установлено» или ставится прочерк.

При заполнении МСС указывается полное наименование МО, ее адрес и код по общероссийскому классификатору предприятий и организаций (далее – ОКПО)<sup>3</sup>.

1. Утв. приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».

2. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 N 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти» (вместе с «Рекомендациями по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти», утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н (зарегистрирован Минюстом России 30.12.2008 N 13055)», «Рекомендациями по порядку выдачи и заполнения учетной формы N 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н (зарегистрирован Минюстом России 30.12.2008 N 13055)»).

3. Приказ Росстата от 06.04.2012 N 107 «Об утверждении Положения о ведении Общероссийского классификатора предприятий и организаций (ОКПО) и внесении в него изменений».



# Глава 4. Порядок оформления медицинского свидетельства о смерти



## Глава 5. Заключение о причине смерти

**Заключение о причине смерти** как понятие упоминается в ст. 67 Закона N 323-ФЗ о проведение патологоанатомических вскрытий в части выдачи МСС супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию.

Перед составлением *заключения о смерти*, врач – судебно-медицинский эксперт, в отличие от врача – патологоанатома, устанавливает причины смерти не только при заболеваниях, но и при механических повреждениях, в случаях смерти от острого кислородного голодания и действия некоторых других физических факторов, расстройства здоровья и смерти вследствие отравлений.

Врач – судебно-медицинский эксперт сталкивается с необходимостью оформления *заключения о причине смерти* в следующих случаях:

- при составлении «выводов» в заключении эксперта или «заключения» в акте судебно-медицинского исследования трупа;
- при оформлении клинико-анатомического эпикриза после исследования тел умерших, доставленных из МО;
- при оформлении поликлинико-анатомического эпикриза после исследования тел умерших от заболеваний, доставленных не из МО (при наличии оформленной индивидуальной карты амбулаторного больного).

При оформлении *заключения о причине смерти* используют понятия «первоначальная причина смерти» и «непосредственная причина смерти».

Первоначальная причина смерти – это, в соответствии с МКБ-10, как уже указывалось выше: а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти; б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Согласно требованиям действующего законодательства, в качестве первоначальной причины смерти в результате травмы, указывают ее вид.

В СМД, *первоначальная причина смерти* – это основное заболевание при монокаузальной структуре диагноза, или нозологическая единица, выставленная на первом месте в комбинированном основном заболевании.

Именно *первоначальную причину смерти* указывают и шифруют (кодируют) по МКБ-10 в МСС, а также фиксируют первой в *заключении о причине смерти*.

**В заключении о причине смерти** перечисляют все нозологические единицы, входящие в структуру комбинированного основного заболевания.



# Глава 5. Заключение о причине смерти

## Глава 6. Требования к составлению заключения эксперта

Процессуальная форма, структура и содержание заключения судебно-медицинского эксперта подробно рассмотрены в учебном пособии Г.А. Пашиняна, Г.М. Харина (2006) и монографии В.А.Клевко (2012), посвященной теоретическим, процессуальным, организационным и методическим основам судебно-медицинской экспертизы. В настоящей главе мы приводим основные положения из последней.

В соответствии с ч. 1 ст. 80 УПК РФ, ст. 9 Закона № 73-ФЗ, **заключение эксперта** – это письменный документ, отражающий ход и результаты исследований, проведенных судебно-медицинским экспертом по вопросам, поставленным перед ним лицом, ведущим производство по делу, или сторонами.

Содержание *заключения эксперта* регламентировано процессуальным и федеральным законодательством (ст. 204 УПК РФ, ст. 86 ГПК РФ, ст. 26.4 КоАП и ст. 25 Закона № 73-ФЗ), а форма его предусмотрена подзаконным актом – ведомственным приказом.

Содержание и форма документа находятся в полном соответствии с требованиями законодательства и нормативных правовых актов. В структуре документа выделены три составные части: *вводная, исследовательская и выводы.*

**В вводной части** фиксируют:

- 1) дату, время и место производства судебно-медицинской экспертизы;
- 2) основания производства судебно-медицинской экспертизы;
- 3) сведения об органе или о лице, назначившим судебно-медицинскую экспертизу;
- 4) сведения об экспертном учреждении, и кем была проведена судебно-медицинская экспертиза;
- 5) сведения о предупреждении судебно-медицинского эксперта об ответственности за дачу заведомо ложного заключения;
- 6) буквальный перечень вопросов, которые поставлены перед экспертом следователем, дознавателем, судом, судьей;
- 7) объекты исследований и материалы дела, представленные для производства судебно-медицинской экспертизы;
- 8) сведения об участниках процесса и других лиц, присутствовавших при производстве судебно-медицинской экспертизы;

**В исследовательской части** излагают:

- 9) содержание и результаты исследований с указанием примененных методов:
  - содержание и результаты всех этапов экспертных исследований (в том числе экспертных экспериментов) с указанием примененных медицинских технологий и экспертных методик, технических средств и расходных материалов;
  - перечень и количественные характеристики объектов, изъятых для дальнейших экспертных исследований в ГСЭУ или переданных ор-



# Глава 6. Требования к составлению заключения эксперта

## Глава 7. Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов

В случае судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа больного (потерпевшего), находившегося на стационарном или амбулаторном лечении в МО, врач – судебно-медицинский эксперт после окончания исследования трупа и получения результатов лабораторных исследований обязан сформулировать СМД и провести его сопоставление с заключительным клиническим диагнозом (В.А. Клевно, С.А. Кучук, С.А. Жулин, А.В. Максимов, 2015).

Сопоставление заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов является, по сути своей, одной из основных форм контроля *качества оказания медицинской помощи* (В.А. Клевно, С.А. Кучук, 2014; В.А. Клевно, С.А. Кучук, В.В. Гайдичук, 2014).

Несмотря на то, что *экспертиза качества медицинской помощи* является *несудебной медицинской экспертизой*, которая в отличие от судебно-медицинской экспертизы, проводится не в процессуальной форме (В.А. Клевно, 2012) в учреждениях судебно-медицинской экспертизы путем сопоставления заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов.

*Экспертиза качества медицинской помощи* рассматривается нами через призму судебно-медицинской экспертизы трупов, материалов дел и медицинских документов путем сопоставления заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов с целью выявления причин их расхождения и установления дефектов оказания медицинской помощи.

Сопоставление диагнозов проводится по всем рубрикам, которые должны содержать судебно-медицинский и заключительный клинический диагнозы: *основное заболевание* (повреждение) или *комбинированное основное заболевание* (повреждения), *осложнения основного заболевания* (повреждения), *сопутствующие заболевания*.

Однако учет самих расхождений диагнозов и их категорий фиксируется только в случаях расхождения диагнозов в рубрике «основное заболевание (повреждение)» или «комбинированное основное заболевание (повреждения)».

Несовпадение в рубриках «осложнения основного заболевания (повреждения)» и «сопутствующие заболевания» фиксируется только в клинко-анатомическом эпикризе (далее – КАЭ). Целесообразен их отдельный учет и клинко-анатомический разбор на комиссии по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ) и клинко-анатомических конференциях (далее – КАК) – как нераспознанных важных (смертельных) осложнений и важнейших сопутствующих заболеваний.

Сопоставление должно проводиться:

- 1) по структуре диагноза (основное, осложнение, сопутствующее);
- 2) по нозологическому принципу;
- 3) по этиологическому принципу;
- 4) по патогенетическому принципу;
- 5) по принципу локализации;



# Глава 7. Сопоставление клинического и судебно- медицинского диагнозов

## Глава 8. Клинико-анатомический эпикриз

**Эпикриз** (от греческого *επίκρισις* (*epikrīsis*) — суждение, решение) — суждение о диагнозе, причинах, патогенезе заболевания и результатах лечения больного, производимое после окончания лечения или его определённого этапа, фиксируемое в медицинских документах.

Эпикриз является обязательной составной частью медицинских учетных документов и одним из средств контроля качества оказания медицинской помощи в МО.

В случае наступления смерти больного в МО, лечащий врач составляет *посмертный эпикриз*. По результатам судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупов лиц, умерших в стационарах МО, врач – судебно-медицинский эксперт, обязан составить *клинико-анатомический эпикриз*, определение которого отсутствует в нормативных правовых актах и специальной литературе (В.А. Клевно, С.А. Кучук, С.А. Жулин, 2015).

В связи с чем, считаем необходимым дать собственное определение *клинико-анатомическому эпикризу*.

**Клинико-анатомический эпикриз** – суждение врача, производившего судебно-медицинское исследование трупа, о причинах, этапах развития болезни (в том числе травматической), оказания медицинской помощи, причинах и механизме смерти, основанное на сопоставлении клинических и морфологических признаков (данных), предназначенное для оценки качества оказанной медицинской помощи (далее – КАЭ).

КАЭ представляет собой клинико-анатомический анализ и синтез обнаруженных морфологических изменений с мнением вскрывающего о патогенетических особенностях диагностического случая, а также о причине и механизме смерти (Б.А. Саркисян, В.Э. Янковский, А.И. Зорькин и др., 2003; В.А. Клевно, С.А. Кучук, В.В. Гайдичук, 2014).

КАЭ является документальным отражением недостатков лечебно-диагностического процесса, выявленных экспертным исследованием. Эпикриз является одной из форм экспертного анализа и потому требует раскрытия в нем, как и в заключении эксперта, сущности причинно-следственной связи, отсутствие которой негативно сказывается на качестве заключения.

Следует отметить, что КАЭ не является составной частью судебно-медицинской документации: *заключения эксперта и акта судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа*.

В то же время, судебно-медицинское исследование трупа, доставленного из стационара МО, предусматривает наряду с формулировкой и построением СМД и его сопоставлением с заключительным клиническим диагнозом, составление КАЭ, который, как и СМД, приобщают к медицинской карте стационарного больного.

Медицинская карта стационарного больного с приобщенными к ней СМД и КАЭ подлежит возврату в МО для проведения разбора летального случая на клинико-экспертных комиссиях (КЭК) разного уровня: комиссии по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ),



# Глава 8. Клинико-анатомический эпикриз

## Глава 9. Принципы построения судебно-гистологического диагноза

Каждое судебно-медицинское исследование трупа должно быть комплексным и включать в себя макроскопическое и микроскопическое его исследование для установления патологических изменений в органах и тканях, обусловленных внешними воздействиями или заболеваниями. Итогом микроскопического исследования органов и тканей, направленных врачом – судебно-медицинским экспертом на судебно-гистологическое исследование, является **судебно-гистологический диагноз**. Результаты судебно-гистологического исследования, в том числе и сам *судебно-гистологический диагноз*, являются частью **судебно-медицинского диагноза**. Поэтому принципы составления судебно-медицинского и судебно-гистологического диагнозов должны быть едиными.

Построение судебно-гистологического диагноза – это этап диагностики, основанный на анализе полученных результатов. Судебно-гистологический диагноз должен подтверждаться описательной частью, быть научно обоснованным, строиться по патогенетическому принципу.

Основой судебно-гистологического диагноза, как и судебно-медицинского – являются морфология и патология. В судебно-гистологический диагноз вносят только те морфологические признаки, которые подтверждают конкретную нозологию, используется при этом общепринятая морфологическая терминология. В судебно-гистологическом диагнозе не должны фигурировать такие понятия, как «легочная, сердечная или сердечнососудистая недостаточности, интоксикация» и т.п.

Любое заболевание, травма или отравление складывается из комплекса макро- и микроскопических признаков, сочетающихся между собой. Эти морфологические признаки могут быть главными и второстепенными, специфическими и неспецифическими. Для оформления судебно-гистологического диагноза, выявленные при исследовании морфологические изменения должны, быть сгруппированы и выстроены в патогенетическую цепочку. Бессистемное их перечисление неприемлемо.

Группа морфологических признаков, объединенных этиологически и патогенетически, имеющих специфические особенности, могут представлять собой нозологическую единицу, которая является основой любого диагноза, в том числе и судебно-гистологического. В этом состоит нозологический принцип построения судебно-гистологического диагноза. По нозологическому принципу наиболее часто строится судебно-гистологический диагноз в случаях скоропостижной смерти, когда только микроскопическое исследование помогает точно установить судебно-медицинский диагноз. К ним можно отнести острый или повторный инфаркт миокарда, рак, пневмонию, туберкулез, хроническую язву и др.

Судебно-гистологическое исследование имеет следующие особенности:



# Глава 9. Принципы построения судебно-гистологического диагноза

## Глава 10. Класс XIX МКБ-10: коды причин насильственной смерти

В настоящей главе изложены требования МКБ-10 к кодированию причин смерти в случаях травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. С учетом экспертного опыта, авторы сочли возможным подчеркнуть особенности кодирования причин смерти при оформлении МСС.

Учитывая основную направленность судебно-медицинской экспертизы – исследование трупов лиц, смерть которых наступила от насильственных причин, основное внимание будет уделено кодированию причин смерти в случаях травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

Ниже приведены разделы XIX класса МКБ-10 в случаях травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (S00-T98), которые необходимо знать и уметь применять врачу – судебно-медицинскому эксперту.

В данном классе раздел, обозначенный буквой S используется для кодирования различных видов травм, относящихся к какой-то определенной области тела, а раздел с буквой T – для кодирования множественных травм, травм отдельных неуточненных частей тела, а также отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин.

Принцип множественного кодирования травм следует применять возможно более широко. Комбинированные рубрики для множественных травм необходимы при недостаточной детализации характера каждой отдельной травмы или при первичных статистических разработках, когда удобнее регистрировать единый код. В других случаях каждый компонент травмы следует кодировать отдельно.

Блоки раздела S так же как рубрики T00-T14 и T90-T98 включают в себя травмы, которые на уровне трехзначных рубрик с учетом судебно-медицинской терминологии классифицируют по типам следующим образом:

**Поверхностная травма**, в том числе:

- ссадина
- царапина
- кровоподтек
- ушиб мягких тканей, включая кровоподтек и гематому
- травма от поверхностного инородного тела (заноза) без большой открытой раны
- другая поверхностная рана
- водяной пузырь (не термический)
- укус насекомого (неядовитого)

**Открытая рана**, в том числе:

- колотая
- резаная
- колото-резаная
- рубленая



# Глава 10. Класс XIX МКБ-10: коды причин насильственной смерти

## Глава 11. Примеры диагнозов в случаях насильственной смерти

В настоящей главе приведены примеры судебно-медицинских диагнозов, заполнения пункта 19 медицинских свидетельств о смерти, составления выводов эксперта в случаях насильственной смерти. Все примеры взяты из экспертной практики ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» и соответствуют требованиям, изложенным в настоящем издании.

### ♦ 11.1. Смерть от повреждений тупыми предметами

#### ♦ 11.1.1. Импрессионная черепно-мозговая травма

##### Медицинское свидетельство о смерти

I. а) Вторичные кровоизлияния в варолиев мост  
б) Открытая травма головы с переломом костей свода черепа и ушибом головного мозга (Код – S06.31)

в)

г) Нападение с применением тупого предмета (Код – Y00.0)

II.

##### Судебно-медицинский диагноз

*Основное повреждение:* Открытая черепно-мозговая травма: ушибленная рана в правой теменной области, вдавленный перелом правой теменной кости, эпидуральная гематома (20 мл) в зоне перелома, распространенный очаг ушиба нижней теменной доли и угловой извилины теменной доли правого полушария головного мозга.

*Осложнения:* Выраженный отек головного мозга; вторичные кровоизлияния в Варолиев мост и парагиппокампальную извилину правого полушария мозга.

*Сопутствующие заболевания:* Ушибленные раны (3) тыльной поверхности правой кисти, ушибленная рана на лучевой поверхности левого предплечья. Кровоподтеки (3) на правой верхней конечности.

##### Выводы

На основании судебно-медицинской экспертизы трупа гр-на К., 40 лет, принимая во внимание предварительные сведения, результаты лабораторных исследований и поставленные перед экспертом вопросы, прихожу к следующим выводам:

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа гр-на К. установлено:

1.1. Открытая черепно-мозговая травма: ушибленная трех лучевая рана в правой теменной области с кровоизлиянием и размождением мягких тканей, вдавленный перелом правой теменной кости, наличие свертка крови (около 20 мл) над твердой мозговой оболочкой в зоне перелома, распространенный очаг ушиба нижней теменной доли и угловой извилины теменной доли правого полушария головного мозга.

1.2. Выраженный отек вещества головного мозга; вторичные кровоизлияния в толщу варолиева моста и парагиппокампальную извилину правого полушария.



# Глава 11. Примеры диагнозов в случаях насильственной смерти

## Глава 12. Примеры диагнозов в случаях ненасильственной смерти

В последние годы отмечается значительный рост судебно-медицинских экспертиз случаев смерти, наступившей в условиях неочевидности от различных заболеваний. Этот вид экспертиз зачастую является одним из самых сложных по причине отсутствия анамнестических и клинических данных, медицинской документации, что значительно затрудняет диагностику заболеваний. Наибольший объем в структуре скоростной смерти занимают заболевания системы кровообращения, онкологические заболевания, болезни органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, а также инфекционные заболевания.

### ♦ 12.1. Болезни системы кровообращения

Эта рубрика объединяет группы родовых понятий, состоящих из нозологических единиц, которые выделены на основании единой этиологии и патогенеза. Данные заболевания ранее рассматривались как осложнения и морфологические проявления атеросклероза, гипертонической болезни. Наиболее крупными родовыми понятиями являются ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярная болезнь. Каждая из них включает в себя ряд самостоятельных нозологических единиц, имеющих свои коды в МКБ-10.

В настоящее время термин «атеросклероз» или «общий атеросклероз» в качестве самостоятельной нозологической единицы может встречаться только в следующих случаях: атеросклероз аорты с осложнениями (разрыв аневризмы аорты), атеросклероз почечной артерии, осложнившийся нефросклерозом с развитием почечной недостаточности и атеросклероз нижних конечностей с развитием гангрены. Во всех других случаях атеросклероз магистральных артерий органов (коронарной, артерий основания мозга, брыжеечных артерий) в судебно-медицинском диагнозе является базовым морфологическим компонентом отдельных нозологических единиц, таких как инфаркт миокарда, инфаркт мозга и кишечника. Проявления атеросклероза в этих случаях выставляются в рубрику основного заболевания после указания нозологической единицы из группы ишемической болезни сердца или цереброваскулярной болезни. При этом указывается локализация наибольшего стеноза и процент сужения просвета артерии, отмечается наличие нестабильных («легко ранимых») атеросклеротических бляшек. При артериальной гипертензии и сахарном диабете атеросклероз может быть проявлением этих болезней (как макро- и микроангиопатия).

#### ♦ 12.1.1. Гипертензивные болезни

В МКБ-10 аналогом гипертонической болезни предложено название гипертензивная болезнь. Это групповое понятие, которое включает в себя эссенциальную (первичную) гипертензию и разнообразные вторичные (симптоматические) гипертензии. При проведении между ними дифференциальной диагностики необходимо уделять внимание морфологическим изменениям почек для исключения первичной их



# Глава 12. Примеры диагнозов в случаях ненасильственной смерти



Признавая важность использования единого языка в профессиональной среде, авторы поставили перед собой цель попытаться систематизировать термины и понятия, используемые при формулировке судебно-медицинского диагноза, основной и непосредственной причин смерти, оформлении медицинского свидетельства о смерти, клинико-анатомического эпикриза, сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов, а также кодировании причин насильственной смерти.

В глоссарий включены русскоязычные термины и понятия, встречающиеся в специальной медицинской русской и англоязычной литературе, а также часть терминов и их толкование, приводимых в нормативных правовых актах, относящихся к этой сфере.

Термины и понятия, представленные в глоссарии, собраны из специальных судебно-медицинских и медико-криминалистических словарей, изданных с участием профессора В.А. Клевно (2002, 2003, 2006), энциклопедий, интернет – порталов, законодательных актов и других нормативных правовых документов.

Авторы надеются, что настоящий глоссарий облегчит работу судебно-медицинских экспертов по формулировке судебно-медицинского диагноза, основной и непосредственной причин смерти, кодированию причин насильственной смерти, оформлению медицинского свидетельства о смерти, клинико-анатомического эпикриза, а также при сопоставлении заключительного клинического и судебно-медицинского диагнозов.

**Гемоперикард** - скопление жидкой крови и ее свертков в полости перикарда (сердечной сорочке) – см. *Травматический гемоперикард*.

**Гемоперитонеум** – скопление жидкой крови и ее свертков в полости брюшины.

**Гемотампонада сердечной сорочки** – заполнение полости сердечной сорочки кровью, напр., при проникающем ранении желудка сердца, при трансмуральном инфаркте миокарда с расплавлением миокарда и т.п.; скопившаяся в полости перикарда кровь ведет к сдавлению сердца и его остановке; является *непосредственной причиной смерти* (см. *Гемоперикард*, *Тампонада сердечной сорочки*, *Травматический гемоперикард*).

**Гемоторакс** - скопление жидкой крови и ее свертков в плевральной полости – см. *Травматический гемоторакс*.

1. Настоящий глоссарий составлен с использованием терминологических словарей: Судебная медицина: Терминологический словарь (Основные понятия и определения, используемые в судебной медицине). / В.А. Клевно, М.П. Филиппов, О.Ю. Чирков, О.П. Горяинов. - Барнаул: Изд-во БЮИ, 2002. — 187 с. Медико-криминалистический терминологический словарь (Основные понятия и определения, используемые в судебной медицине и криминалистике). / В.А. Клевно, Ю.Л. Бойко, М.П. Филиппов, Р.В. Клевно. — Барнаул: Изд-во БЮИ, 2003. — 315 с. Судебно-медицинская экспертиза: Термины и понятия: Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов. / И.В. Буромский, В.А. Клевно, Г.А. Пашинян — М.: Норма, 2006. — 256 с.



# Глоссарий

# СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ РУКОВОДСТВО

Под редакцией профессора В. А. Клевню

В книге представлены основные термины и понятия, используемые при формулировке судебно-медицинского диагноза, перечислены причины смерти.

Изложены правила построения и структура судебно-медицинского диагноза, а также порядок оформления медицинского свидетельства о смерти, заключения о причине смерти, клинко-анатомического эпикриза, алгоритм сопоставления клинического и судебно-медицинского диагнозов.

Сформулированы подходы к составлению заключения судебно-медицинского эксперта, включая выводы с аргументированными ответами на поставленные вопросы с учетом требований уголовно-процессуального законодательства и нормативных правовых актов, регулирующих порядок организации и производства судебно-медицинской экспертизы в учреждениях государственной системы здравоохранения.

Приведены коды причин смерти в соответствии с МКБ-10 и 125 примеров судебно-медицинских диагнозов, медицинских свидетельств о смерти, клинко-анатомических эпикризов и заключений экспертов по наиболее часто встречающимся причинам смерти при травмах и заболеваниях.

Настоящее издание направлено на создание единого научно-методического подхода к формулировке и сопоставлению клинического и судебно-медицинского диагнозов, повышение качества оформления судебно-медицинской документации.

Руководство предназначено для врачей судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов, врачей клиницистов и организаторов здравоохранения, может быть полезным для судей, лиц, производящих дознание, следователей, адвокатов, преподавателей, аспирантов и студентов.



ISBN 978-5-9905503-4-6



9 785990 550346

© Коллектив авторов  
© Ассоциация СМЭ, 2015



www.asscmz.ru