



## КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**О.В. ПАКЛИНА  
Е.Ю. ХАВКИНА  
Э.В. КРАВЧЕНКО**

*Федеральный медицинский  
биофизический центр имени  
А.И.Бурназяна, Москва*

*e-mail: fmbc@fmbamail.ru*

В статье раскрыта важность роли патологоанатомических вскрытий и последующего разбора летальных исходов в развитии здравоохранения. Представлено значение основных показателей патологоанатомических исследований при проведении клинико-анатомического анализа летальных исходов на основании результатов аутопсийного раздела работы патологоанатомической службы Федерального медико-биологического агентства в 2006-2011 гг.

Ключевые слова: патологоанатомическая служба, патологоанатомическое вскрытие, патологоанатомический диагноз, причины смерти, клинико-анатомический анализ.

Выполнение патологоанатомических вскрытий (аутопсий) и последующий клинико-анатомический анализ летальных исходов – один из разделов деятельности патологоанатомической службы. Значение патологоанатомических вскрытий увеличивается параллельно с научно-техническим прогрессом в медицине и реформированием системы здравоохранения [2, 3, 6, 12]. Диагноз, который устанавливается по результатам аутопсии, является заключительным и синтезирует в себе все имеющиеся у больного патологические изменения в клинико-анатомическом аспекте на уровне организма, межорганных, межтканевых и межклеточных взаимоотношений [7, 9].

Аутопсийная работа содействует повышению квалификации врачей-клиницистов, уточняет вопросы этиологии, патогенеза, морфогенеза, танатогенеза патологических процессов и заболеваний, способствует учёту отдельных нозологических форм и их осложнений [8, 9]. Путём сличения клинического и патологоанатомического диагнозов, изучения и анализа клинических и патологоанатомических данных осуществляется коллегиальный научно-практический контроль качества прижизненной диагностики и лечения [7, 10].

Клиническая патологическая анатомия обеспечивает информативный и объективный подход к лечебно-диагностическому процессу, что определяет её особое место в структуре бюджетно-страховой медицины. В настоящее время повышается экспертная роль патологоанатомических исследований, определяющих юридическую и финансовую ответственность медицинских работников [3, 8, 9, 12].

Важными показателями аутопсийного раздела работы патологоанатомической службы являются проценты вскрытий умерших в стационарах и на дому от числа умерших. Следует отметить, что низкий процент аутопсий не позволяет проводить объективный эпидемиологический анализ и клинико-фармакологический мониторинг различных болезней. Недостаточный объём проводимых патологоанатомических вскрытий может явиться причиной своевременно не диагностированного инфекционного заболевания и возникновения эпидемического очага, не выявленного неблагоприятного экологического воздействия, ятрогенных осложнений и т. д. Из-за отсутствия точных статистических данных снижается эффективность организации, планирования профилактических и лечебных мероприятий [2, 3, 8, 9].

«Органически большую, неавторитетную статистику смертности можно извлечь только вскрытиями», – писал И.В.Давыдовский [4]. Считается доказанным, что минимальный процент вскрытий, ещё позволяющий объективно анализировать данные смертности и иные показатели для какой-либо генеральной совокупности не должен быть ниже 33-35% от числа всех умерших [1, 6]. При этом в настоящее время для проведения объективного статистического анализа этот показатель должен быть увеличен в 1,5-2,0 раза из-за возможности ошибок, связанных часто с невысоким качеством проведения аутопсий [6, 8, 9].



В Федеральном медико-биологическом агентстве (ФМБА России) за период с 2006 по 2009 гг. отмечен ежегодный рост количества патологоанатомических вскрытий по взрослой сети с 3 836 до 4 930 с последующим снижением в 2010 и 2011 гг. (табл. 1).

Таблица 1

**Количество патологоанатомических вскрытий в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)**

Показатели	Количество					
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Количество умерших в стационарах	6 274	6 332	6 853	7 131	7 613	7 687
Количество патологоанатомических вскрытий в том числе:						
• умерших в стационарах	2 823	3 012	3 434	3 737	3 843	3 819
• умерших на дому	1 013	1 147	1 213	1 193	1 064	1 062

Процент аутопсий умерших в стационарах лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) ФМБА России в 2006-2009 гг. ежегодно увеличивался с 45,0 до 52,4%, далее имел тенденцию к снижению в 2010 и 2011 гг. (рис. 1).

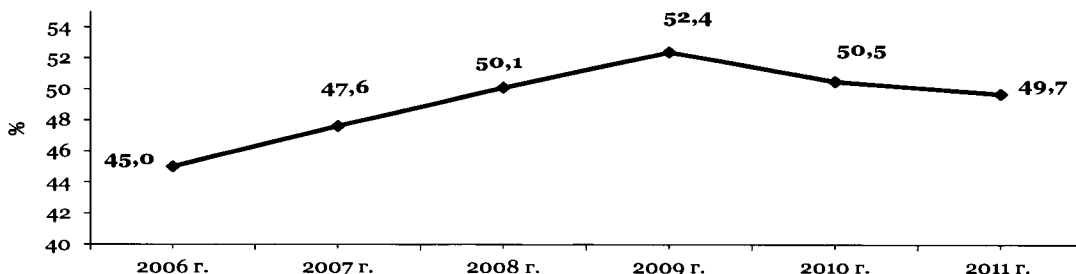


Рис. 1. Процент патологоанатомических вскрытий умерших в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)

Результаты патологоанатомических исследований секционного материала являются источником наиболее достоверных статистических данных о причинах смерти. В свою очередь, изучение структуры причин смерти даёт наиболее полное представление о состоянии здоровья населения, отражает эффективность диагностики и качество лечения [6, 8, 9].

В статье 5 «Положений о номенклатуре, относящихся к болезням и причинам смерти», утверждённых 20-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, сказано о необходимости утверждать такую форму медицинского свидетельства о причине смерти, которая позволяет зафиксировать заболевания или травмы, вызвавшие смерть или способствовавшие ей, ясно указывая при этом первоначальную причину. Таким образом, основной задачей патологоанатомического аутопсийного исследования является определение первоначальной причины смерти.

Первоначальная причина смерти – это болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к летальному исходу. В заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах первоначальная причина смерти – это основное заболевание при монокаузальной структуре диагноза или нозологическая единица, выставленная на первом месте в комбинированном основном заболевании. Первоначальную причину смерти указывают и кодируют в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) в медицинском свидетельстве о смерти [7].



Анализ результатов патологоанатомических вскрытий показывает, что среди первоначальных причин смерти в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. преобладали болезни системы кровообращения (от 47,4% в 2011 г. до 52,0% в 2008 г.), новообразования (от 13,6% в 2010 г. до 17,0% в 2011 г.) и заболевания органов пищеварения (от 12,3% в 2008 г. до 14,7% в 2011 г.). Отмечен несколько меньший процент вскрытий умерших вследствие осложнений болезней органов дыхания (от 6,4% в 2011 г. до 8,0% в 2009 г.) и инфекционных заболеваний (от 3,1% в 2006 г. до 4,7% в 2011 г.).

По данным аутопсий, основные две первоначальные причины смерти в стационарах ФМБА России в 2006-2011 гг. – это инфаркты миокарда и ишемические инсульты на фоне артериальной гипертензии. Наиболее частыми злокачественными опухолями, вызывающими летальный исход, являлись рак лёгкого, колоректальный рак и карцинома желудка. В стационарах Агентства среди первоначальных причин смерти умерших вследствие болезней органов пищеварения наибольшая частота принадлежала циррозам печени, острому панкреатиту и язвенной болезни. Болезни органов дыхания на аутопсиях, в основном, были представлены крупозной пневмонией и хроническими обструктивными заболеваниями лёгких. Среди инфекционных болезней наибольший удельный вес в структуре первоначальных причин смерти в стационарах ФМБА России, по данным вскрытий, принадлежал туберкулёзу и ВИЧ-инфекции.

При оформлении заключения о причине смерти (обязательного элемента, завершающего патологоанатомический диагноз) и заполнении медицинского свидетельства о смерти используют понятие «непосредственная причина смерти».

Непосредственная причина смерти – это смертельное осложнение, патогенетически и/или этиологически связанное с основным заболеванием, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти. Примечательно, что могут иметь место летальные исходы, в которых основное заболевание (первоначальная причина смерти) является одновременно непосредственной причиной смерти, не имея смертельных осложнений. Непосредственная причина смерти при оформлении медицинских документов не кодируется по МКБ-10. Следует отметить, что выделение более одного смертельного осложнения создаёт невозможным достоверный анализ и статистический учёт непосредственных причин смерти. Смертельные осложнения часто требуют основных усилий и затрат со стороны лечебно-диагностического процесса, поэтому их анализ очень важен [6-9, 11].

По данным патологоанатомических вскрытий в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. наиболее часто диагностируемыми смертельными осложнениями являлись очаговые пневмонии (от 12,0% в 2011 г. до 13,4% в 2006 г.), кровотечения (от 11,4% в 2010 г. до 13,3% в 2007 г.), тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) (от 8,3% в 2011 г. до 12,9% в 2010 г.).

Ответственным этапом анализа летальных исходов является сопоставление клинических и патологоанатомических диагнозов. Целью такого анализа является установление истинности, полноты и своевременности клинической диагностики, своевременности и адекватности лечения, а, следовательно, оценка качества всего лечебно-диагностического процесса. Следует отметить, что понятия «совпадение» или «расхождение» клинического и патологоанатомического диагнозов применимы только для сличения рубрик «основное заболевание» (первоначальная причина смерти). Бесспорно, значение частоты расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов зависит от следующих основных факторов: процент аутопсий умерших в стационаре, степень материальной оснащённости патологоанатомического отделения, уровень профессиональной квалификации патологоанатомов, отношение руководства медицинского учреждения к проблеме [2, 3, 6-10, 12].

В результате клинико-экспертного анализа при расхождении диагнозов принято определять категорию расхождения (катеорию диагностической ошибки) и причину их расхождения (одну из групп объективных и субъективных причин). Категории расхождений диагнозов указывают как на объективную возможность или невозможность правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания [6, 8, 9].

Категории расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов были утверждены приказом Минздрава СССР от 04.04.83 № 375 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране» и с тех пор не менялись. Практический опыт применения данных трёх категорий показал возможность неоднозначной их трактовки. Так, положение, разграничивающее I и II категории расхождений диагнозов, – «объективные трудности диагностики» – зависит от многих факторов и трактуется в патологоанатомических отделениях настолько широко, что ставит под сомнение статистическую достоверность полученных результатов. Следует подчеркнуть, что диагностическая ошибка при II категории возникает только по субъективным причинам, однако на практике часть случаев расхождений диагнозов по II категории врачами трактуется как следствие объективных трудностей диагностики (и не переводится при этом в I категорию), а часть – субъективных причин.

За период 2006-2011 гг. в Федеральном медико-биологическом агентстве процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов по взрослой сети максимальное значение имел в 2007 г. – 17,2%. После снижения до 14,4% в 2009 г. показатель оставался на протяжении 2010 и 2011 гг. стабильным, составляя 15,0% (табл. 2 и рис. 2).

Анализируя категории расхождений диагнозов, следует отметить, что в 2006, 2009, 2011 гг. преобладала II категория, а в 2007, 2008 и 2010 гг. – I категория расхождений. Примечательно, что в 2009-2011 гг. сократилась частота III категории до 3,0%.

Таблица 2

**Количество и категории расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)**

Годы	Количество расхождений диагнозов	Категории расхождений диагнозов (абс., %)		
		I	II	III
2006	451	187 (41,4%)	224 (49,7%)	40 (8,9%)
2007	519	243 (46,8%)	236 (45,5%)	40 (7,7%)
2008	549	270 (49,2%)	231 (42,1%)	48 (8,7%)
2009	537	223 (41,5%)	276 (51,4%)	38 (7,1%)
2010	573	274 (47,8%)	272 (47,5%)	27 (4,7%)
2011	570	269 (47,2%)	284 (49,8%)	17 (3,0%)

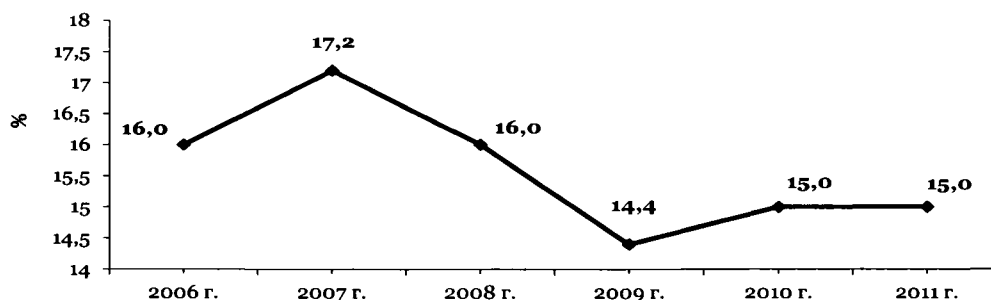


Рис. 2. Процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)

По данным отчётов заведующих патологоанатомическими отделениями ЛПУ ФМБА России за период с 2006 по 2011 гг. ежегодно более 50,0% расхождений клини-



ческих и патологоанатомических диагнозов в стационарах Агентства было связано с объективными причинами. Преобладающей объективной причиной расхождений диагнозов являлась кратковременность пребывания больных в стационарах. Основная субъективная причина – недостаточное обследование пациентов (табл. 3).

Таблица 3

**Анализ причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)**

Причины расхождений диагнозов	Количество расхождений диагнозов (абс., %)					
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
<b>I. Объективные причины</b>	<b>261</b>	<b>299</b>	<b>328</b>	<b>301</b>	<b>341</b>	<b>335</b>
из них:	(57,9%)	(57,6%)	(59,7%)	(56,1%)	(59,5%)	(58,8%)
тяжесть состояния больного	91 (20,2%)	78 (15,0%)	100 (18,2%)	103 (19,2%)	109 (19,0%)	101 (17,7%)
кратковременность пребывания больного в стационаре	111 (24,6%)	134 (25,8%)	150 (27,3%)	119 (22,2%)	144 (25,1%)	147 (25,8%)
трудность прижизненной диагностики	52 (11,5%)	73 (14,1%)	62 (11,3%)	69 (12,8%)	74 (13,0%)	80 (14,0%)
прочие объективные причины	7 (1,6%)	14 (2,7%)	16 (2,9%)	10 (1,9%)	14 (2,4%)	7 (1,2%)
<b>II. Субъективные причины</b>	<b>190</b>	<b>220</b>	<b>221</b>	<b>236</b>	<b>232</b>	<b>235</b>
из них:	(42,1%)	(42,4%)	(40,3%)	(43,9%)	(40,5%)	(41,2%)
недостаточное обследование больного	63 (14,0%)	66 (12,7%)	73 (13,3%)	64 (11,9%)	71 (12,4%)	74 (13,0%)
недочёт клинических данных	30 (6,6%)	33 (6,4%)	40 (7,3%)	51 (9,5%)	38 (6,6%)	51 (9,0%)
недочёт или неправильная трактовка лабораторных и других методов обследования	23 (5,0%)	33 (6,4%)	28 (5,1%)	28 (5,2%)	28 (4,9%)	37 (6,5%)
диагностические ошибки врачей-консультантов	12 (2,7%)	10 (1,9%)	11 (2,0%)	16 (3,0%)	13 (2,3%)	2 (0,3%)
неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза	54 (12,0%)	65 (12,5%)	56 (10,2%)	56 (10,4%)	64 (11,2%)	56 (9,8%)
прочие субъективные причины	8 (1,8%)	13 (2,5%)	13 (2,4%)	21 (3,9%)	18 (3,1%)	15 (2,6%)

Таким образом, выявлено несоответствие распределения расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов по категориям и причин ошибок прижизненной диагностики. Представленные материалы позволяют высказать суждение о спорности показателей расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, категорий расхождений как индикаторов качества деятельности ЛПУ.

Учёт и тщательный анализ нераспознанных при жизни основных заболеваний и их групп по материалам аутопсий не только демонстрирует показатель общего процента расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, но и свидетельствует о качестве лечебно-диагностической работы врачей различных специальностей [6, 8-10].

По данным аутопсий, в стационарах ФМБА России за период с 2006 по 2011 гг. отмечена высокая частота клинически нераспознанных новообразований (от 21,2% в 2008 г. до 25,2% в 2009 г.), заболеваний органов дыхания (от 10,0% в 2011 г. до 22,0% в 2007 г.) и пищеварения (от 13,3% в 2011 г. до 18,6% в 2008 г.). Высокая частота ошибок прижизненной диагностики раков лёгкого, желудка, поджелудочной железы в большей степени обусловлена недостаточно полным обследованием больных. Высокая частота не диагностированной при жизни крупозной пневмонии в 2007-2009 гг. связана с тяжестью состояния больных и их кратковременным пребыванием в стационарах. При анализе клинически нераспознанных болезней органов пищеварения следует отметить, что показатели не обусловлены резкими изменениями в каких-либо конкретных подведомственных организациях Агентства, а являются результатом единичных случаев расхождений диагнозов с основными заболеваниями данного класса МКБ-10 в нескольких стационарах.



Важным показателем качества клинической диагностики является процент не диагностированных при жизни смертельных осложнений по данным аутопсий [2, 3, 6, 9, 11].

За период 2006-2011 гг. процент нераспознанных при жизни смертельных осложнений от количества патологоанатомических вскрытий умерших в стационарах ЛПУ ФМБА России максимален в 2008 и 2011 гг. – 9,5%. В 2009 и 2010 гг. данный показатель имел отчётливую тенденцию к снижению (рис. 3). В стационарах ФМБА России за период 2006-2011 гг. высока частота следующих клинически нераспознанных смертельных осложнений: перитонит (от 8,0% в 2010 г. до 17,5% в 2011 г.), сепсис (от 7,5% в 2006 г. до 16,1% в 2011 г.), ТЭЛА (от 9,7% в 2010 г. до 16,8% в 2011 г.), очаговая пневмония (от 8,4% в 2010 г. до 12,1% в 2007 г.).

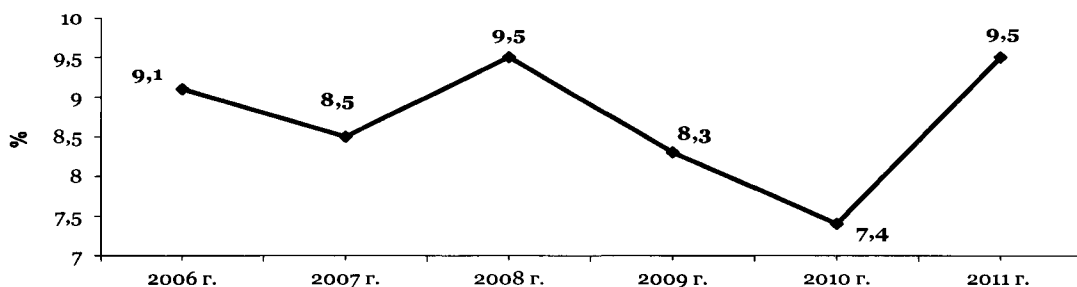


Рис. 3. Процент нераспознанных при жизни смертельных осложнений в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)

В 2006-2011 гг. в подведомственных организациях ФМБА России случаи летальных исходов разбирались преимущественно на комиссиях по изучению летальных исходов (КИЛИ), в значительно меньшей степени – на лечебно-контрольных комиссиях (ЛКК) и клинико-анатомических конференциях (табл. 4). Подробный и тщательный разбор на КИЛИ своевременности установления диагноза основных заболеваний и их важнейших осложнений, своевременности направления больных на госпитализацию, адекватности проводившегося лечения, качества ведения медицинских документов способствует сокращению числа проводимых ЛКК, роль которых в клинико-анатомическом анализе летальных исходов на современном этапе снижается [3, 8].

Таблица 4

**Показатели клинико-анатомической работы в стационарах ЛПУ ФМБА России в 2006-2011 гг. (взрослая сеть)**

Показатели	Количество					
	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.
1	2	3	4	5	6	7
Количество проведенных КИЛИ	830	883	935	970	1 034	878
Количество проведенных ЛКК	185	207	240	239	259	241
Количество проведенных клинико-анатомических конференций в том числе:	237	241	263	274	258	274
• с разбором биопсийного и операционного материала	35	41	54	37	39	57
• с разбором летальных исходов	156	163	164	181	170	172
• имеющих тематический интерес	46	37	45	56	49	45



Продолжение табл. 4

Количество разобранных случаев летальных исходов в том числе:	4 469	4 620	5 104	5 544	5 885	4 451
• на КИЛИ	3 877	3 949	4 424	4 764	5 128	3 891
• на ЛКК	374	394	375	401	400	294
• на клиничко-анатомических конференциях	218	277	305	379	357	266

В настоящее время актуальной задачей является увеличение количества клиничко-анатомических конференций, посвящённых разбору биопсийного материала и имеющих тематический интерес. Примечательно, что в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России отчасти в связи с интенсивным проведением тематических конференций отмечено снижение больничной летальности с 5,5% в 2006 г. до 1,3% в 2011 г.

И.В. Давыдовский, организовавший клиничко-анатомические конференции в 1930 г., писал: «Следует помнить, что конференции должны вестись на значительной, теоретической высоте. Важно не показать случай, а дать в нём существенное и принципиальное, указать, что и чему в этом случае учит клиничиста или патолога, какие вскрываются в нём закономерности и как стоит тот же вопрос литературно» [5]. Благодаря сохранению и развитию традиций отечественной медицины, значение клиничко-анатомических конференций можно по праву назвать историческим.

Клиничко-анатомические конференции – обязательная форма повышения квалификации врачей всех специальностей. Значение конференций создаёт актуальным вопрос их качества. Важно, чтобы они не только отвечали всем задачам современной медицины, но и они способствовали, по словам И.В.Давыдовского, формированию «врача, клинически и общепатологически мыслящего, научно пытливого, целеустремлённого, врача с органической потребностью к самокритике, с желанием постоянно учиться и совершенствоваться» [5].

### Выводы

1. Клиничко-анатомический анализ летальных исходов – важнейший раздел деятельности патологоанатомической службы, напрямую связанный с вопросами оценки и совершенствования диагностики и лечения.

2. Принимая во внимание тенденцию к снижению числа проводимых патологоанатомических вскрытий, необходимо осуществлять более углублённый анализ летальных исходов, в частности, учитывать не только первоначальные причины смерти, но и все основные заболевания, в том числе входящие в состав комбинированных основных заболеваний.

3. Процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, категории расхождений – показатели, которые утрачивают своё аналитическое значение. Более содержательным и значимым является анализ основных заболеваний и непосредственных причин смерти, учёт причин ошибок прижизненной диагностики.

4. Совершенствование организации проведения комиссий по изучению летальных исходов сокращает число необходимых лечебно-контрольных комиссий, эффективность и значение которых как одной из организационных форм клиничко-анатомической работы снижается.

5. Увеличение количества тематических клиничко-анатомических конференций не только повышает уровень квалификации врачебного состава лечебно-профилактических учреждений, но и может способствовать снижению больничной летальности.

### Литература

1. Автандилов Г.Г. Клиничко-патологоанатомические сопоставления на современном этапе. Возможности и ограничения. – Советская медицина, 1982. – №3, – С. 75-81.



2. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. – М.:РМАПО, 1998 – 505 с.
3. Воробьёв С.Л. Научное обоснование совершенствования системы анализа летальных исходов. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.
4. Давыдовский И.В. Вопросы смертности населения г. Москвы по данным патологоанатомических отделений больниц, родильных домов и институтов МОЗ за 1923-1927 гг. – Московский медицинский журнал, 1929. – №10. – С. 19-58.
5. Давыдовский И.В. Клинико-анатомические конференции, их место и значение в системе больничной работы. – Архив патологической анатомии и патологической физиологии, 1935. – №3. – С. 3-10.
6. Зайратьянц О.В. Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за последнее десятилетие (1991-2000 гг.). – Архив патологии, 2002, приложение к №3. – 64 с.
7. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. – М.: МАКС Пресс, 2003. – 45 с.
8. Мишнёв О.Д., Кравченко Э.В., Трусов О.А., Щёголев А.И. Показатели работы патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2000-2004 гг. (предварительные данные). – Москва, 2006, 100 с., илл.
9. Мишнёв О.Д., Трусов О.А., Кравченко Э.В., Щёголев А.И. Статистика летальности и расхождений диагнозов по данным аутопсий в 2000-2005 гг. (взрослая сеть). – Заместитель главного врача, 2007, №4. – 142 с.
10. Мишнёв О.Д., Трусов О.А., Кравченко Э.В., Щёголев А.И. Статистика нераспознанных при жизни основных заболеваний по данным аутопсий в 2000-2005 гг. (взрослая сеть). – Заместитель главного врача, 2007, №8. – С. 68-87.
11. Мишнёв О.Д., Трусов О.А., Кравченко Э.В., Щёголев А.И. Статистика нераспознанных при жизни смертельных осложнений по данным аутопсий в 2000-2005 гг. (взрослая сеть). – Заместитель главного врача, 2007 – №10. – С. 70-86.
12. Мишнёв О.Д., Трусов О.А., Кравченко Э.В., Щёголев А.И. Патологоанатомическая служба Российской Федерации: состояние и перспективы развития. – Архив патологии, 2007. – №4. – С. 43-48.

## CLINICO-ANATOMICAL ANALYSIS OF FATAL OUTCOME TODAY

**O.V. PAKLINA**  
**E.Y. HAVKINA**  
**E.V. KRAVCHENKO**

*Federal Medical Biophysical  
Center of a name of  
A.I. Burnazyan, Moscow*

*e-mail: fmbc@fmbamail.ru*

In the article the importance of the autopsy and the subsequent analysis of deaths in health development. Presented by the meaning of the basic indicators of postmortem studies in conducting clinical and anatomical analysis of deaths based on the results of the autopsy section pathologic service of the Federal Medical and Biological Agency in 2006-2011.

Keywords: pathoanatomical service postmortem, anatomopathological diagnosis, causes of death, clinical and anatomical analysis.