

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-07>

Посмертный клинический диагноз: типовые ошибки в формулировке и их причины

А.М. Лебедева¹, кандидат медицинских наук,
А.В. Березников^{1,3}, доктор медицинских наук, доцент,
С.О. Шкитин¹, кандидат медицинских наук,
Н.В. Макарец¹,
У.Л. Джулаян², кандидат медицинских наук
¹ООО «АльфаСтрахование-ОМС», Москва
²Национальный медицинский исследовательский центр гематологии Минздрава России, Москва
³Московский государственный университет пищевых производств
E-mail: oncohematologist@mail.ru

Летальные исходы не являются редкостью в современной клинической практике. Практикующие врачи сталкиваются с необходимостью оформления посмертного заключительного клинического диагноза (ЗКД).

Целью исследования явилось выявление типовых ошибок в формулировке посмертного ЗКД, а также определить их причины.

Материал и методы. В рамках ретроспективного когортного исследования изучены случаи оказания медицинской помощи (МП) с летальным исходом на предмет правильности формулировки посмертного ЗКД и результатов его сопоставления с патологоанатомическим диагнозом по результатам экспертизы качества МП при обязательном медицинском страховании.

Результаты. Обозначены ошибки в формулировке посмертного ЗКД и их причины.

Заключение. С помощью сценарного метода реализации рисков определены факторы реализации рисков для отделений терапевтического и хирургического профиля.

Ключевые слова: летальные исходы, посмертный диагноз, расхождение диагнозов, дефект медицинской помощи, сценарный метод, обязательное медицинское страхование.

Для цитирования: Лебедева А.М., Березников А.В., Шкитин С.О. и др. Посмертный клинический диагноз: типовые ошибки в формулировке и их причины. *Врач.* 2021; 32 (10): 42–46. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-07>

Летальные исходы не являются редкостью в современной клинической практике. Практикующие врачи сталкиваются с необходимостью оформления посмертного заключительного клинического диагноза (ЗКД) [1, 2]. Данное действие не регулируется нормативно-правовыми актами. Сформулированный посмертно ЗКД по существу резюмирует премортальный диагностический поиск клиницистов [1–3]. Сам по себе посмертный ЗКД уже не имеет решающего значения для пациента, однако может иметь существенные правовые последствия как для врача, так и для медицинской организации.

Случаи оказания медицинской помощи (МП), завершившиеся летальным исходом, в рамках государственной политики в сфере здравоохранения являются предметом пристального контроля: патологоанатомические вскрытия, комиссии по изучению летальных исходов, экспертиза качества МП при обязательном медицинском страховании (ОМС), в отдельных случаях – контрольно-экспертные и надзорные мероприятия Росздравнадзора, Прокуратуры, Следственного комитета, проведение судебно-медицинской экспертизы. По итогам контрольно-экспертных и надзорных мероприятий материалам по случаю оказания МП с летальным исходом, а также действиям медицинских работников может быть дана правовая оценка в рамках уголовно-процессуального кодекса. Для медицинской организации оценка действий возможна в рамках гражданского процесса [4–8]. Посмертный ЗКД и его формулировка имеют большое значение при экспертной оценке подобных случаев, выполняемой в том числе в рамках экспертизы при ОМС [9, 10].

Настоящая работа представляет собой анализ ошибок в формулировке посмертного ЗКД, определены их причины, что должно помочь врачам-специалистам избежать этих ошибок в дальнейшей клинической практике.

Целью исследования явилось выявление типовых ошибок в формулировке посмертного заключительного клинического диагноза и определение их причин.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Настоящая работа организована в рамках дизайна когортного ретроспективного исследования. Группа случаев для проведения исследования сформирована с использованием критериев включения и исключения.

На первом этапе работы проведен анализ случаев оказания МП с летальным исходом на предмет правильности формулировки посмертного ЗКД и результатов его сопоставления с патологоанатомическим диагнозом (ПАД) по результатам экспертизы качества МП (ЭКМП). В ходе анализа особое внимание уделяли ошибкам в формулировке посмертного ЗКД и их причинам.

На втором этапе посредством сценарного метода мы сформировали реализацию рисков неверной формулировки посмертного ЗКД, определили факторы реализации рисков для отделений терапевтического и хирургического профиля.

Всего для отбора группы исследования использовали 8269 случаев оказания МП с летальным исходом, по которым проведена целевая ЭКМП в рамках ОМС экспертами по следующим специальностям: «Терапия», «Гастроэнтерология», «Пульмонология», «Кардиология», «Ревматология», «Эндокринология», «Гематология», «Хирургия», «Нефрология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Офтальмология», «Отоларингология», «Урология» по 9 регионам Российской Федерации (РФ).

Критерии включения:

- летальный исход;
- оказание специализированной МП в условиях круглосуточного стационара за период с января 2018 г. по май 2020 г.;
- наличие полиса ОМС ООО «АльфаСтрахование-ОМС»;
- наличие терапевтического профиля посмертного ЗКД (коды МКБ-Х: D50-D53, E10-E14, E66.2, I10-I15, I20-I25, I26-I28, I30-I52, J00-J99, K20-K87, M30-M32, N00-08, N10-23);
- проведение патологоанатомического вскрытия (судебно-медицинского исследования);
- наличие протоколов патологоанатомического вскрытия, заседания комиссии медицинской организации по изучению летальных исходов.

Критерии исключения:

- отсутствие протокола патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинского исследования;
- иные причины смерти (не относящиеся к критериям включения).

Минимальный объем репрезентативной выборки определяли по формуле Лера.

Группу исследования составили 3250 случаев оказания МП с летальным исходом. Средний возраст умерших, включенных в исследование, составил 62,3 года (от 18 до 85 лет), 48% мужчин, 52% женщин.

Исследовались случаи оказания МП в 508 медицинских организациях I–III уровней по следующим профилям отделений, в которых зарегистрирована смерть пациентов:

- терапевтический;
- гастроэнтерологический;
- кардиологический;
- гематологический;
- пульмонологический;
- ревматологический;
- эндокринологический;
- хирургический;
- нефрологический;
- урологический;
- отоларингологический;
- офтальмологический;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия.

В 1560 (48%) случаях проведена ЭКМП с мультидисциплинарным подходом с привлечением 2 и 3 экспертов качества – соответственно 1435 (92%) и 125 (8%) случаев. Целевая ЭКМП проведена в рамках ОМС в соответствии с Приказом ФФ ОМС от 28.02.2019 №36 [11].

Патологоанатомические [12] и судебно-медицинские вскрытия [13], деятельность комиссии по изучению летальных исходов [14] организованы и проведены в соответствии с нормативными требованиями. В рам-

ках исследования использован сценарный метод оценки рисков [15].

Для статистической обработки применены методы непараметрической статистики (χ^2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе мы провели анализ результатов ЭКМП по отобранным случаям оказания МП с летальным исходом.

В рамках целевой ЭКМП с помощью ретроспективного анализа проводилась оценка следующей информации, представленной по каждому случаю оказания МП с летальным исходом:

- реестр счетов;
- первичная медицинская документация (карта стационарного больного);
- протокол патологоанатомического вскрытия (судебно-медицинского исследования);
- протокол комиссии по изучению летальных исходов медицинской организации.

При проведении ЭКМП эксперты выявляли нарушения при оказании МП, в том числе производили оценку своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата в соответствии с нормативно закрепленными требованиями. Выявление нарушений производилось путем сопоставления требований порядков оказания и стандарта МП, клинических рекомендаций, критериев оценки качества МП (далее также – эталоны). Нарушения представляли собой необоснованное отсутствие надлежащего и своевременного выполнения отдельных требований эталонов или клинических рекомендаций.

По итогам проведенной ЭКМП проведено распределение 3250 случаев оказания МП на 2 группы:

- 1-я (1890 [58,2%]) – случаи без нарушений;
- 2-я (1360 [41,8%]) – случаи с нарушениями.

Выделены следующие случаи расхождения ЗКД и ПАД:

- в 1-й группе – 21 (1,1%) случай;
- во 2-й группе – 432 (31,8%).

Также нами проанализированы категории расхождений ЗКД и ПАД в 1-й и 2-й группах (табл. 1).

Следует отметить, что в обеих группах как с нарушениями при оказании МП, так и без таковых имели место случаи расхождения ЗКД и ПАД. Достоверно чаще данные расхождения встречались в группе с нарушениями при оказании МП.

К I категории расхождений ЗКД и ПАД в 1-й группе отнесен 21 (1,1%) случай (100% всех случаев расхождений); во 2-й группе расхождения ЗКД и ПАД в соответствии с категориями (см. табл. 1) были распределены следующим образом:

- I – 293 (67,1%) случая;
- II – 101 (24,1%) случаев;
- III – 38 (8,8%) случаев.

Таблица 1
Категории расхождения ЗКД и ПАД в группах исследования по категориям (среди случаев с расхождением ЗКД и ПАД)

Table 1
Types of discrepancies between FCD and PAD in the examined groups by categories (among cases with a discrepancy between the FCD and PAD)

Группа исследования	Частота расхождения ЗКД и ПАД, %			всего	Статистическая значимость, р
	категория расхождения				
	I	II	III		
1-я	100	0	0	100	<0,05
2-я	67,1	24,1	8,8	100	<0,05

Во 2-й группе (с нарушениями при оказании МП) достоверно чаще встречались расхождения ЗКД и ПАД I категории, значительно реже – III. В 1-й группе (без нарушений при оказании МП) отмечены расхождения ЗКД и ПАД только I категории.



Рис. 1. Распределение случаев с расхождениями клинического и патологоанатомического диагнозов по классам заболеваний; %
Fig. 1. Distribution of cases with discrepancies in clinical and pathoanatomical diagnoses by disease classes; %

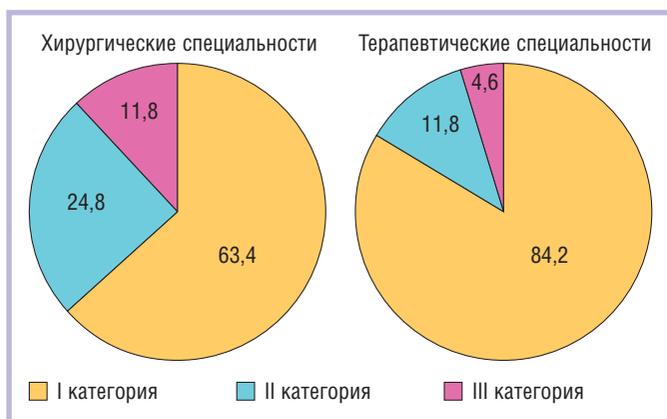


Рис. 2. Распределение категорий расхождений между терапевтическими и хирургическими специальностями; %
Fig. 2. Distribution of cases with different types of diagnosis discrepancies between therapeutic and surgical specialties; %

Рассмотрим распределение 453 случаев с расхождениями ЗКД и ПАД по классам заболеваний (на основе ПАД) (рис. 1). Наибольшую сложность в диагностике составили заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, эндокринной систем.

Важным аспектом при анализе является распределение случаев различных категорий расхождений между терапевтическими и хирургическими специальностями, что отражено на рис. 2 (для случаев расхождения II и III категорий; $p < 0,05$).

Следует подчеркнуть, что расхождение ЗКД и ПАД II и III категорий достоверно чаще встречались в отделениях хирургических специальностей ($p < 0,05$).

При анализе причин расхождений ЗКД и ПАД с использованием сценарного метода моделирования и оценки рисков удалось выделить 3 сценария реализации рисков расхождений.

- **Первый сценарий:** ошибки в формулировке смертного ЗКД, при этом все нозологические формы диагностированы, однако допущены ошибки в структуре клинического диагноза; заболевание, определившее танатогенез и ставшее основной причиной смерти, не отнесено к основному заболеванию и (или) в диагноз не вынесены осложнения данного заболевания, сформировавшие непосредственную причину смерти.
- **Второй сценарий:** лечащий врач длительное время не дает должной оценки изменениям в клинической картине и состоянии больного. При этом вновь возникшая симптоматика в подавляющем большинстве случаев не относится к профилю специальности, по которой оказывается МП. Вновь возникшее или обострившееся заболевание формирует танатогенез и непосредственную причину смерти. При этом МП по поводу данного заболевания или не оказывается до летального исхода или оказывается со значительным опозданием. Имеет место выполнение недостаточного объема диагностических и лечебных мероприятий.
- **Третий сценарий:** появление новой симптоматики требует от врача дифференциальной диагностики, в ходе которой он в ряду дифференцируемых заболеваний не учитывает все заболевания с похожими симптомами, относящиеся к другим профилям. Изначальное сужение дифференциально-диагностического поиска, которое приводит к неверному результату дифференциальной диагностики и постановке неправильного диагноза, при этом патология, определяющая танатогенез, не выявляется.

Частота реализации причинных сценариев при категориях расхождений; %

Таблица 2

Frequency of causal scenarios in the types of discrepancies; %

Table 2

Категория расхождения	Частота реализации сценариев, %			всего	Статистическая значимость, p
	сценарий				
	первый	второй	третий		
I	100	0	0	100	<0,05
II	0	51,4	48,6	100	<0,05
III	0	25,0	75,0	100	<0,05

В ходе нашего исследования мы оценили частоту реализации указанных сценариев:

- первый сценарий достоверно чаще выявлялся при оказании МП как по хирургическим, так и по терапевтическим специальностям;
- второй сценарий – по хирургическим специальностям;
- третий сценарий – по терапевтическим специальностям ($p < 0,05$).

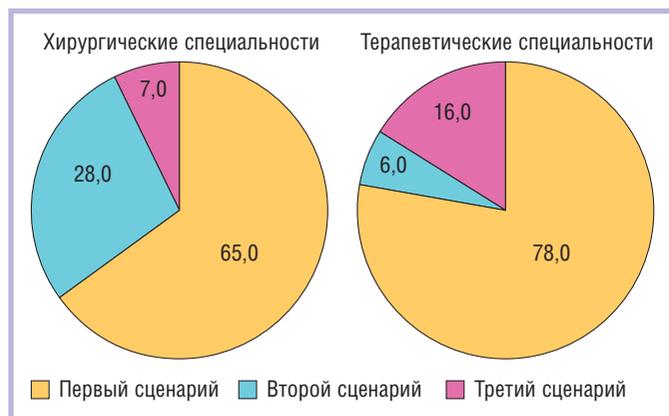


Рис. 3. Распределение сценариев в рамках случаев хирургических и терапевтических специальностей

Fig. 3. Distribution of scenarios within the cases of surgical and therapeutic specialties

Вероятность реализации типовых сценариев расхождения ЗКД и ПАД среди случаев летального исхода

Таблица 3

The probability of typical scenarios for discrepancies between FCD and PAD among deaths

Table 3

Сценарий	Вероятность реализации, %
Первый	9
Второй	3,3
Третий	1,2

В дальнейшем мы проанализировали частоту реализации причинных сценариев при различных категориях расхождений (табл. 2).

Следует подчеркнуть, что первый сценарий достоверно чаще встречается при I категории расхождений, тогда как второй и третий сценарии достоверно чаще встречаются при II и III категориях расхождений (для всех случаев $p < 0,05$).

Мы также оценили распределение данных сценариев в рамках случаев хирургических и терапевтических специальностей (рис. 3).

Следует отметить, что наиболее часто в рамках хирургического и терапевтического профилей встречается первый сценарий, второй сценарий достоверно чаще встречается в случаях оказания хирургической помощи, третий – терапевтической помощи ($p < 0,05$).

Мы проанализировали возможные причины реализации данных сценариев:

- незнание практикующими врачами принципов и методологии формулировки посмертного ЗКД;
- недостаточное знание практикующими врачами хирургических специальностей принципов диагностики терапевтической патологии и оценки тяжести состояния пациентов с терапевтическими заболеваниями;
- нарушения при дифференциальной диагностике в виде необоснованного сокращения лечащим врачом перечня дифференцируемых заболеваний, выходящих за его специальность.

С учетом имеющейся статистики определены вероятности реализации имеющихся сценариев (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования авторами проведен анализ случаев оказания МП с летальным исходом, выявлены типовые сценарии и причины расхождений ЗКД и ПАД (в рамках исследуемых нозологических форм), определена вероятность реализации каждого из сценариев. Исследование позволило сделать следующие выводы:

- расхождения ЗКД и ПАД встречаются как в случаях с нарушениями при оказании МП, так и без таковых;
- расхождения ЗКД и ПАД II и III категорий достоверно чаще встречаются в случаях с нарушениями при оказании МП;
- сценарий с ошибками в формулировке посмертного ЗКД достоверно чаще являются причиной расхождений I и II категорий;
- сценарии с нарушениями диагностики и дифференциальной диагностики достоверно чаще являются причинами расхождений ЗКД и ПАД III категории;

- сценарий с поздней диагностикой терапевтического заболевания, определяющего танатогенез, достоверно чаще встречается при оказании МП в отделениях хирургического профиля;
- сценарий с нарушениями в процессе дифференциальной диагностики достоверно чаще встречается в отделениях терапевтического профиля.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Литература/Reference

1. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. М.: МАКС Пресс, 2003; 45 с. [Zairat'yants O.V., Kakturskii L.V., Avtandilov G.G. Formulirovka i sopostavlenie zaklyuchitel'nogo klinicheskogo i patologoanatomicheskogo diagnozov. M.: MAKS Press, 2003; 45 s. (in Russ.).]
2. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза: учеб. пособие для слушателей системы последиплом. проф. образования врачей. М.: Медицина, 2004; 302 с. [Avtandilov G.G., Zairat'yants O.V., Kakturskii L.V. Oformlenie diagnoza: ucheb. posobie dlya slushatelei sistemy poslediplom. prof. obrazovaniya vrachei. M.: Meditsina, 2004; 302 s. (in Russ.).]
3. Панкина Э.В., Кравченко О.В., Паклина Л.Х. Клинико-анатомический анализ летальных исходов на современном этапе. *Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация*. 2013; 4: 106–13 [Paklina O.V., Havkina L.Y., Kravchenko L.V. Clinico-anatomical analysis of fatal outcome today. *Nauchnye vedomosti. Seriya Meditsina. Farmatsiya*. 2013; 4: 106–13 (in Russ.).]
4. Сергеев Ю.Д. Медицинское право. Учебный комплекс в 3 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 784 с. [Sergeev Yu.D. Meditsinskoe pravo. Uchebnyi kompleks v 3 t. M.: GEOTAR-Media, 2008; 784 s. (in Russ.).]
5. Сергеев Ю.Д. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (медико-правовые аспекты проблемы). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1988. 49 с. [Sergeev Yu.D. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza po delam o professional'nykh pravonarusheniyakh meditsinskikh rabotnikov (mediko-pravovye aspekty problemy). Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 1988. 49 s. (in Russ.).]
6. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 312 с. [Sergeev Yu.D., Mokhov A.A. Nenadlezhazhshchee vrachevanie: vozmeshchenie vreda zdorov'yu i zhizni patsienta. M.: GEOTAR-Media, 2007; 312 s. (in Russ.).]
7. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., 2001; 288 с. [Sergeev Yu.D., Erofeev S.V. Neblagopriyatnyi iskhod okazaniya meditsinskoj pomoshchi. M., 2001; 288 s. (in Russ.).]
8. Ромодановский П.О. Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза: учебное пособие. Под ред. П.О. Ромодановского, А.В. Ковалева, Е.Х. Барина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 144 с. [Romodanovskii P.O. Nenadlezhazhshchee okazanie meditsinskoj pomoshchi. Sudebno-meditsinskaya ekspertiza: uchebnoe posobie. Pod red. P.O. Romodanovskogo, A.V. Kovaleva, E.Kh. Barinova. M.: GEOTAR-Media, 2018; 144 s. (in Russ.).]
9. Березников А.В., Конев В.П., Онуфрийчук Ю.О. и др. Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практическое пособие. Под ред. А.В. Березникова. М.: ИНФРА-М, 2016 [Bereznikov A.V., Konev V.P., Onufriichuk Yu.O. et al. Ekspertnaya deyatelnost' v obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii: prakticheskoe posobie. Pod red. A.V. Bereznikova. M.: INFRA-M, 2016 (in Russ.).]
10. Березников А.В., Берсенева Е.А., Шкитин С.О. Экспертиза качества медицинской помощи. М.: ООО «Светлица», 2019; 176 с. [Bereznikov A.V., Berseneva E.A., Shkitin S.O. Ekspertiza kachestva meditsinskoj pomoshchi. M.: OOO «Svetlitsa», 2019; 176 s. (in Russ.).]

11. Приказ ФФОМС от 28.02.2019 №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.06.2019 №54950) [Prikaz FFOMS ot 28.02.2019 №36 «Ob utverzhdenii Poryadka organizatsii i provedeniya kontrolya ob»emov, srokov, kachestva i uslovii predostavleniya meditsinskoj pomoshchi po obyazatel'nomu meditsinskomu strakhovaniyu» (Zaregistrirvano v Minyuste Rossii 18.06.2019 №54950) (in Russ.)]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_327064/

12. Приказ Минздрава России от 06.06.2013 №354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2013 №30612) [Prikaz Minzdrava Rossii ot 06.06.2013 №354n «O poryadke provedeniya patologoanatomicheskikh vskrytii» (Zaregistrirvano v Minyuste Rossii 16.12.2013 №30612) (in Russ.)]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_155839/

13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 №346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 №18111) [Prikaz Minzdravsotsrazvitiya RF ot 12.05.2010 №346n «Ob utverzhdenii Poryadka organizatsii i proizvodstva sudebno-meditsinskikh ekspertiz v gosudarstvennykh sudebno-ekspertnykh uchrezhdeniyakh Rossiiskoi Federatsii» (Zaregistrirvano v Minyuste RF 10.08.2010 №18111) (in Russ.)]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103821/

14. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.10.2020 №60192) [Prikaz Minzdrava Rossii ot 31.07.2020 №785n «Ob utverzhdenii Trebovanii k organizatsii i provedeniyu vnutrennego kontrolya kachestva i bezopasnosti meditsinskoj deyatelnosti» (Zaregistrirvano v Minyuste Rossii 02.10.2020 №60192) (in Russ.)]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_363867/

15. Картелишвили В.М., Свиридова О.А. Риск-менеджмент. Методы оценки риска: учебное пособие. М.: ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова», 2017; 120 с. [Kartvelishvili V.M., Sviridova O.A. Risk-menedzhment. Metody otsenki riska: uchebnoe posobie. M.: FGBOU VO «REU im. G.V. Plekhanova», 2017; 120 s. (in Russ.).]

POSTMORTEM CLINICAL DIAGNOSIS: TYPICAL ERRORS IN ITS FORMULATION AND THEIR CAUSES

A. Lebedeva¹, Candidate of Medical Sciences; Associate Professor
A. Bereznikov^{1,3}, MD; **S. Shkitin**¹, Candidate of Medical Sciences; **N. Makarets**¹,
U. Dzhulakyan², Candidate of Medical Sciences

¹OOO «AlfaStrakhovanie-OMS» (Alpha-Insurance-MHI), Moscow

²National Medical Research Center for Hematology, Ministry of Health of Russia, Moscow

³Moscow State University of Food Production

Fatal outcomes are not uncommon in modern clinical practice. Practitioners face the need to execute a postmortem final clinical diagnosis (FCD).

Objective: to identify typical errors in the formulation of postmortem FCD and to define their causes.

Material and methods. A retrospective cohort study was conducted to examine medical care cases with a fatal outcome for the correctness of the formulation of a postmortem FCD and to assess the results of its comparison with a pathoanatomical diagnosis (PAD) by the examination data on healthcare quality in mandatory health insurance.

Results and conclusion. Errors in the formulation of a postmortem FCD and their causes were indicated. The risk scenario technique was used to identify risk factors in therapeutic and surgical units.

Key words: fetal outcomes; postmortem diagnosis; diagnosis discrepancy; defect in medical care; scenario technique; mandatory health insurance.

For citation: Lebedeva A., Bereznikov A., Shkitin S. et al. Postmortem clinical diagnosis: typical errors in its formulation and their causes. *Vrach*. 2021; 32 (10): 42–46. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-10-07>