

Cum și era de așteptat, doar la 19,53% dintre pasagerii s-a depistat o concentrație de etanol în sânge corespunzătoare, gradului ușor și mediu de ebrietate la persoanele în viață.

Concluzii

1. Traumele rutiere cu consecințe letale printre locuitorii raionului Orhei în perioada anilor 2001–2010 a constituit 9,53% din numărul total de cercetări pe cadavre, în 19,29% – raportate la cazurile de moarte violentă și 48,36% – față de toate leziunile mecanice.
2. Majoritatea leziunilor mortale (87,54%) s-au produs cu diferite modele de automobile, cu mult mai rar cu autobuse (5,69%), cu tractoare și mașini agricole (4,28%) sau cu motociclete (2,49%). Cea mai mare parte dintre victime (83,27%) au decedat la fața locului, iar raportul dintre bărbați și femei a fost de 69:31% respectiv.
3. Mai mult de 75% dintre victime au fost persoanele apte de muncă (20-60 ani), iar cel mai mare număr de accidente rutiere (40,9%) s-au produs în lunile de toamnă.
4. Prezența alcoolului etilic în sângele cadaveric s-a constatat la 60% dintre agenții de circulație. Cel mai mare număr (46,15%) și de concentrație a etanolului s-a depistat la pietoni, urmat de șoferi (34,32%), la care și concentrația alcoolului în sânge era mai redusă, iar numărul pasagerilor aflați în stare de ebrietate în timpul accidentelor era cel mai mic (19,53%).

Bibliografie

1. Baci Gh. Cauzele și factorii de risc ai autotraumatismului // Revista „Știința”, ASM, Chișinău, 1996, nr. 1, p. 16.
2. Bondari Gh. Dinamica, structura și caracterul lezional în traumele rutiere cu consecințe letale. Teza de masterat, Chișinău, 2003.
3. Scripcaru C., Covalciuc M., Accidentele rutiere, Iași: Ed. Panfilus, 2004, p. 212.
4. Scurtu Iu., Baci Gh. Factorii ce favorizează traumatismul prin trafic. În: Etiopatogenia infracțiunilor comise împotriva omului, Chișinău, 1997, p. 49-50.
5. Кузнецова М.В., Жуковец И.В., Кочоян А.Л., Саркисян Б.А. Анализ смертельного автомобильного травматизма по г. Барнаулу за 2005-2006 гг. // Акт. вопр. суд. мед. и экспертной практики, Новосибирск-Красноярск, 2007, вып. 12, ч. I, с. 156-159.
6. Спиридонов В.А., Оладошкина О. Ю. Современное состояние дорожно-транспортного травматизма в республике Татарстан // Акт. вопр. суд. мед. и экспертной практики, Новосибирск-Красноярск, 2007, вып. 12, ч. I, с. 210-213.

APRECIEREA MEDICO-LEGALĂ A DIVERGENȚELOR DINTRE DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI MORFOLOGIC (Revista literaturii)

Anatol Bondarev, Andrei Pădure, Gheorghe Baci
Catedra Medicină legală USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Medico-legal assessment of divergences between clinical and morphological diagnosis (review)

The investigation of divergences between clinical diagnosis and that established during the autopsy of the patients who died in hospitals is one of the real possibilities to control the diagnostic and treatment process, which improves the quality of medical assistance. Data from literature, which refer to medico-legal assessment of divergences of diagnosis are presented in the paper. 34 sources of literature were analyzed, including the papers written by authors from Republic of Moldova. It was ascertained that causes of divergences between clinical and morphological diagnosis were studied entirely. An important role in this research has the medico-legal examination of cadavers of persons who died in hospitals.

Rezumat

Studierea divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel stabilit la autopsia bolnavilor decedați în staționare este una din posibilitățile de control asupra procesului diagnostico-curativ și de ameliorare a asistenței medicale. În lucrarea de față s-au studiat datele literaturii referitoare la o problemă dificilă cum este aprecierea medico-legală a divergențelor de diagnostic. Analizei au fost supuse 34 de surse din literatura de specialitate, inclusiv și ale autorilor din Republica Moldova. S-a constatat că până în prezent motivele necorespunderilor dintre diagnosticul clinic și cel morfologic nu au fost pe deplin examinate. În cercetarea acestor aspecte un rol deosebit îl are examinarea medico-legală a cadavrelor persoanelor decedate în condiții spitalicești.

Efectuarea expertizelor la ordonarea organului de urmărire penală sau a instanței de judecată a fost și rămâne sarcina primordială a serviciului medico-legal [1, 10, 27]. În același timp, la studierea documentației medicale, medicii-legiști sunt obligați, indiferent de problemele înaintate spre soluționare, să evalueze calitatea procesului diagnostico-curativ. Cele menționate corespund prevederilor actelor normative și ale altor țări: România [3], Federația Rusă [21, 27, 28], Belarus [13]. În Republica Moldova cercetarea problemei date a fost inițiată de Gheorghe Baci (1972) încă în anii '70 ai secolului trecut [12, 32]. Această problemă importantă se află și în continuare în vizorul medicilor legiști [6, 7, 8]. În acest sens, la 03.09.2009 a fost emisă dispoziția Centrului de Medicină Legală pe lângă Ministerul Sănătății al RM (nr.9) privind *Implementarea în practica medico-legală a instrucțiunii cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului staționar*, prin care experții judiciari medico-legali la efectuarea examinărilor /expertizelor medico-legale au fost obligați să evalueze calitatea completării fișelor medicale ale bolnavilor de staționar în conformitate cu *Instrucțiunea cu privire la completarea fișei medicale a bolnavului de staționar (F 003/e)*, aprobată prin ordinul Ministerului Sănătății nr.265 din 03.08.2009. Totodată, în cazul depistării abaterilor grave de la modul de completare a fișei medicale a bolnavului de staționar, stabilit de instrucțiunea numită, experții au fost investiți cu dreptul de sesizare a conducerii instituției medico-sanitare respective. În această ordine de idei, Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale [9], stipulează că numai în cadrul expertizei medico-legale în comisie se efectuează determinarea și evaluarea deficiențelor în intervențiile medicale.

Noțiunea *Divergență dintre diagnostice* este văzută de diferiți autori în mod aproape identic [1, 17, 23, 29]. Prin aceasta se subînțelege necorespunderea parțială sau totală a bolii (traumei) cu cea depistată în cadrul autopsiei după localizare, etiologie sau caracterul procesului patologic. Stabilirea tardivă sau formularea incorectă a diagnosticului se încadrează, la fel, în categoria divergențelor. Conform datelor literaturii, divergența propriu-zisă se constată prin compararea rubricilor „boala de bază” din diagnosticul clinic și cel morfologic. Necorespunderile dintre complicații sau boli concomitente se analizează în mod separat, iar rezultatul acesteia se menționează suplimentar.

Gh. Baci (2008) evidențiază trei categorii ale divergențelor de diagnostic clinic și morfologic [1]. La I categoria se referă cazurile când stabilirea diagnosticului în instituția concretă a fost imposibilă și eroarea comisă nu a influențat asupra rezultatului bolii. În divergențele de categoria a II-a, diagnosticul corect putea fi stabilit, însă lipsa acestuia nu a influențat considerabil soarta pacientului. Categoria a III-a include situații, când diagnosticul corect putea fi stabilit și reprezintă consecințele unei greșeli cu rol decisiv în deces. Această repartizare are importanță practică, deoarece evidențiază rezultatul acțiunilor clinicianului.

Din punctul de vedere al clinicianului, reușita tratamentului depinde, într-o mare măsură, de stabilirea corectă și oportună a diagnosticului clinic. După datele lui D. Dermengiu (1996), frecvența erorilor de diagnosticare rămâne la același nivel pe parcursul ultimilor 30 de ani, cu toate succesele medicinei contemporane, inclusiv utilizarea metodelor moderne de investigație paraclinică [3]. Informații interesante prezintă L.S. Velișeva și V.L. Boguslavschi (1975) în privința examinărilor și expertizelor medico-legale ale cadavrelor persoanelor decedate în staționarele or. Moscova în perioada anilor 1969–1972 [14]. Autorii au constatat divergențe de

diagnostic în 5,9% din decese, iar în cazul morții violente – numai în 3% de observații, comparativ cu moartea neviolentă (24%). După datele lor, în 5,1% din decese, complicațiile bolii de bază nu au fost diagnosticate. V.L. Kovalenko a stabilit că rata divergențelor după boala de bază în staționările Moscovei a crescut, constituind în mediu $21,6 \pm 4,7\%$, cu o variație între 10,9% și 31,3% [19]. Iu.V. Zbrueva (2010), a stabilit pe parcursul anilor 1990–1999, în regiunea Astrahan a Federației Ruse, divergențe de diagnostic (după toate compartimentele acestuia) în $10,27 \pm 2\%$ [18]. În aceeași perioadă de timp, D. Dermengiu și coautorii (1996) au înregistrat o rată a divergențelor în România în valoare de 15%, printre care ponderea greșelilor letale, adică de categoria a III-a, a constituit tocmai 50% [3]!

Conform analizei lui A.A. Domanin, pentru perioada anilor 2000–2003, necorespunderea diagnosticului clinic cu cel morfologic în Federația Rusă s-a înregistrat în 12-14% de cazuri, iar complicațiile letale nu au fost depistate la circa 5% din pacienții decedați în staționare [15]. Autorul subliniază, că categoria a III-a a divergențelor a constituit 5%. După V.L. Kovalenko, la circa $\frac{1}{4}$ din pacienții decedați în spitalele regiunii Celiabinsk a fost depistată necorespunderea diagnosticului clinic cu cel morfologic, condiționând în 5,5% de cazuri decesul [19]. În perioada anilor 2002–2006, în staționările Moscovei, indicatorul divergențelor a oscilat în jur de 16-17%, numai în 0,5% cazuri fiind stabilită categoria a III-a [16]. În acest sens E.V. Kurilina (2007) denotă faptul că, pe parcursul a 6 ani (2000–2005) nivelul erorilor de diagnostic aproape s-a dublat: de la 10,3% până la 19,85% [21]. Rezultate similare prezintă O.A. Trusov și coautorii (2007) [31]. Astfel, cu referire la datele statistice din Federația Rusă, autorii menționează că în perioada anilor 2000–2005 indicele mediu al divergențelor rămânea la nivelul 12-17% cu variații neesențiale ale ponderii necorespunderilor de categoria a III-a (de la 4,3 până 5,2%). Analiza comparativă efectuată de E.A. Valiciuk și coautorii (2008) în staționările din regiunea Grodno (Belarusi) a scos în evidență scăderea numărului divergențelor de diagnostic de la 6,6% în anii 1999–2001 până la 3,9% între 2005 și 2007 [13].

În literatura de specialitate se menționează că nivelul necorespunderilor variază și în dependență de profilul secției spitalicești și patologia concretă, datele obținute de autori în acest sens fiind contradictorii. Astfel, conform datelor lui M.V. Ciuriukanov (2006), divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic constituie circa 11%, majoritatea din ele înregistrându-se în pneumonii, neoplazii, ateroscleroză [33]. Prin comparație, I.O. Pecerei și coautorii (2006) arată că pneumoniile stabilite clinic în 16-55% de cazuri nu sunt confirmate la examenul morfologic [26]. Mai mult, diagnosticul de pneumonie a fost stabilit eronat la bolnavi cu tuberculoză pulmonară, ceea ce a constituit 55% din toate divergențele. E.V. Nikonova și coautorii (1997) arată că ponderea pneumoniilor nediagnosticate atinge 30,5%, acestea, de obicei, fiind confundate cu infarctul miocardic acut (5,1%), abdomenul acut (3,1%), bolile cerebrovasculare acute (7,1%) [25]. După O.V. Zairatianț (2007), pe primul loc după divergențe se află bolile aparatului genito-urinar (21%), pe locul 2 – neoplaziile (20%), iar pe locul trei – patologia aparatului respirator (14%) [16]. Boala ischemică a inimii și bolile cerebrovasculare – cele mai des întâlnite patologii ale aparatului circulator – au constituit împreună 22% din divergențele constatate. E.V. Kurilina (2007) consideră, că majoritatea divergențelor se constată în cazul bolilor sistemului cardiovascular și respirator (49,6% și 51%); deseori diagnosticul a fost stabilit eronat în traumele cranio-cerebrale și intoxicațiile alcoolice [21].

Studiind literatura de specialitate s-a observat că dintre toate cazurile de moarte violentă, cea mai mare pondere a divergențelor de diagnostic aparține diverselor forme de traume, preponderent cranio-cerebrale. Astfel, A.S. Kupriushin (2005) subliniază, că majoritatea erorilor de diagnosticare, după datele Biroului de Expertize medico-legale din Penza, este legată de traumele cranio-cerebrale (39,1%), dintre care 18,8% au fost hiperdiagnosticate, 11,7% – nediagnosticate, 4,7% – cu diagnostic incomplet și 3,9% – cu complicații letale nediagnosticate [20]. Aceste rezultate coincid cu datele obținute de E.V. Kurilina (2007), care stabilește o rată de hipodiagnosticare a traumelor cranio-cerebrale de 11,1%, care au fost confundate cu intoxicațiile cu alcool (31,7%), cu boli cerebrovasculare (13%), cu meningite și meningoencefalite (3%) etc. [21]. Autoarea subliniază că în 18% din cazuri nu au fost diagnosticate hematoamele

intracerebrale, complicate cu angajarea ulterioară a trunchiului cerebral în orificiul mare occipital la bolnavii cu o durată a spitalizării până la 14 zile! L.S. Velișeva și V.L. Boguslavschi (1975) au stabilit că în 40% din cazurile de diagnostic eronat al traumei, cauza morții a fost patologia cerebrovasculară, în 16% – boala ischemică cronică a inimii și în 6% – neoplaziile cerebrale [14]. Greșelile menționate de autori au fost condiționate de subestimarea anamnezei sau a datelor examenului clinic. Diagnosticul incomplet al traumelor cranio-cerebrale a fost legat, preponderent, de lipsa menționării hematoamelor epi- și subdurale (23,1%) în condițiile examinării insuficiente a pacienților și internării de scurtă durată. Informația prezentată de autorii precedenți corelează cu datele lui R.P. Matveev, care menționează că majoritatea leziunilor nediate diagnosticate în traumele cranio-cerebrale sunt hematoamele intracraniene (18±5,4%) și fracturile craniului (10,8%), mai rar – contuzia cerebrală (4,4%) [22].

E.V. Kurilina (2007) afirmă, că trauma vertebro-medulară nu a fost diagnosticată în 0,4% de cazuri, fiind confundată cu trauma cranio-cerebrală (36,3%) și coma alcoolică (27,3%) [21]. Conform datelor diferitor autori (1972), în structura traumelor toracelui nu au fost diagnosticate leziunile pulmonare (16,7%), contuzia inimii (7,1%), mai rar fracturile costale (4,1%) și hemotoracele (1,6%) [11, 22, 32]. R.P. Matveev comunică că, în cazul traumei abdomenului, în 33,3% nu a fost depistat hematoma retroperitoneal, iar analiza autorului în cazul traumelor aparatului locomotor a arătat, că leziunile nediate diagnosticate nu au influențat dinamica traumei: în majoritatea cazurilor nu au fost depistate fracturi unice marginale [22].

După A.S. Kupriushin (2005), diagnosticarea intoxicațiilor uneori este dificilă. Astfel, în regiunea Penza, Federația Rusă, 28,9% din toate divergențele înregistrate au constituit intoxicațiile de diversă etiologie cu consecințe letale; în 14% de cazuri intoxicațiile nu au fost diagnosticate, iar în 3,9% – nu au fost luate în considerație complicațiile lor [20]. E.V. Kurilina (2007) constată, că diagnosticul de intoxicație nu a fost stabilit în 14,8% de cazuri, acesta fiind confundat cu cel de traumă cranio-cerebrală (29,5%), comă de etiologie necunoscută (6,7%) și hipotermie generalizată (3,9%) [21]. Autoarea menționează că tabloul clinic de intoxicație acută poate să mascheze, din cauze obiective, trauma cranio-cerebrală și insuficiența cardiovasculară acută pe fundalul bolii ischemice a inimii.

După opinia mai multor autori [1, 17, 23, 29], nu este suficientă doar constatarea divergențelor, însă este necesară analiza și aprecierea expertală a lor, deoarece valoarea științifică și practică o au cauzele apariției diagnosticului eronat, care sunt divizate în două grupe mari: *obiective* și *subiective*. La cauzele *obiective* se atribuie: durata scurtă a spitalizării – după standardele în vigoare diagnosticul clinic trebuie să fie stabilit în primele 72 ore de la internare; starea gravă a pacientului, ce nu permite efectuarea unor proceduri diagnostice; dificultatea diagnosticării procesului patologic – a fost utilizat întreg spectrul metodelor de diagnosticare, însă posibilitățile instituției medico-sanitare concrete, tabloul clinic atipic, manifestarea atenuată a maladiei, prezența stărilor mascante sau a unei boli rar întâlnite nu au permis stabilirea corectă a diagnosticului clinic. Cauzele *subiective* includ mai multe: examinarea insuficientă a bolnavului; subestimarea sau supraestimarea datelor anamnezei, colectarea ei insuficientă; subestimarea datelor examenului clinic, interpretarea lor greșită; subestimarea sau supraestimarea datelor investigațiilor paraclinice; subestimarea sau supraestimarea concluziilor consultantului; formularea incorectă a diagnosticului clinic (după etiopatogenie, lipsa rubricării etc.).

Aceiași cercetători subliniază, că apariția divergențelor de categoria I-a este întotdeauna legată de cauze obiective, celelalte două categorii apar atât din motive subiective, cât și cele obiective. Dacă eroarea de diagnosticare are la bază mai multe circumstanțe, cercetătorii recomandă expertului să evidențieze cauza principală.

A.V. Nizii și E.A. Iurtaeva (2007) afirmă că majoritatea divergențelor (42,3%) apar ca rezultat al examinării incomplete a pacienților, mai rar servind alte motive: aflarea de scurtă durată a pacientului în staționar (31,5%), lacunele în perfectarea documentației medicale (7,7%), formularea incorectă a diagnosticului (1,5%) și imposibilitatea examinării depline a pacientului (0,8%) [24]. Autorii subliniază faptul, că mai mult de 90% din fișele bolnavului de staționar sunt completate insuficient, superficial, scrisul deseori este indescifrabil, ceea ce împiedică aprecierea

expertală adecvată a procesului diagnostic-curativ și, respectiv, servește drept motive ale apariției divergențelor de diagnostic. De menționat că, în opinia lui O.V. Zairatianț (2007), diagnosticul formulat incorect nu reprezintă o divergență [16]. Autorul menționează că în majoritatea staționarelor din orașul Moscova, structura diagnosticului este departe de a fi apreciată drept ideală. Același autor evidențiază printre motivele obiective: aflarea de scurtă durată a pacientului în clinică (55%), starea lui gravă (15%) și dificultatea diagnosticării (10%); cauzele subiective, după datele Dumnealui, constituie 20% în structura lor prevalând examinarea insuficientă (7%) și supraaprecierea concluziilor medicilor de profil îngust (5%).

După datele lui V.L. Kovalenko, ponderea cauzelor obiective este practic egală cu cea a cauzelor subiective: în structura divergențelor înregistrate (25,6%), 11,7% au apărut din motive obiective, iar 13,9% – subiective [19]. Aceste informații corelează cu cele ale lui O.A. Trusov și coautorii (2007): ponderea dificultăților obiective a constituit circa 50%; în grupul motivelor subiective prevalează examinarea insuficientă a pacientului, constituind circa 20%, urmată de subaprecierea datelor clinice (9%) și interpretarea greșită a testelor de laborator (5-6%) [31]. În aceeași ordine de idei, A.A. Domanin evidențiază 4 cauze principale ale apariției necorespunderilor de diagnostic: dificultăți obiective ale diagnosticării (38%), examinarea insuficientă a pacientului (20-22%), subestimarea datelor clinice (7-16%) și aprecierea incorectă a datelor investigațiilor de laborator (6%) [15].

I.V. Iarema și coautorii (2006) constată, că în secțiile de urgență cu profil chirurgical mai mult de 50% din divergențe au apărut din cauza stării grave a pacienților, în circa 30% de cazuri fiind însoțite de durată scurtă a supraviețuirii (până la câteva ore) [34]. Cu alte cuvinte, clinicianul pierde posibilitatea colectării anamnezei, care, după părerea lui Iu.N. Stempurski (1986), este o metodă suplimentară importantă întru aflarea debutului maladiei, aprecierea particularităților individuale ale pacientului, condițiilor nefavorabile de trai, informații necesare pentru procesul de diagnosticare [30]. I.O. Pecerei și coautorii (2006) consideră examinarea clinică și paraclinică insuficientă drept motiv subiectiv principal al divergențelor de diagnosticare în staționarele cu profil pulmonologic [26]. După datele din literatură [3, 14], procentul erorilor de diagnosticare sporește odată cu creșterea duratei spitalizării pacientului. Împărtășim părerea savanților, care explică această situație prin riscul sporit al interpretării greșite a datelor investigațiilor paraclinice abundente, precum și prin apariția unor concluzii ale specialiștilor, ce la fel pot să ducă în eroare medicul curant.

După cum rezultă din datele literaturii, activitatea expertală permite exercitarea controlului asupra procesului diagnostic-curativ, corijarea neajunsurilor, ceea ce, în ultimă instanță, îmbunătățește cunoștințele teoretice și deprinderile practice ale medicilor, și conduce la ameliorarea asistenței medicale. Bazându-ne pe datele prezentate, putem afirma că în ultimele decenii frecvența divergențelor dintre diagnosticul clinic și cel morfologic nu numai a rămas la același nivel, ci și a crescut! Cu părere de rău, problema cauzelor divergențelor de diagnosticare în baza datelor medico-legale nu a fost studiată pe deplin în Republica Moldova, deși serviciului autohton de medicină legală îi revine o pondere semnificativă în cercetarea cazurilor de deces intraspitalicesc, în procesul căreia sunt stabilite cauzele morții și elucidate divergențele dintre diagnosticul clinic și cel morfologic.

Bibliografie

1. Baci Gh. Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei. Chișinău: CEP Medicina, 2008. 178 p.
2. Baci Gh. și coaut. Devieri de la cerințele perfectării corecte a documentelor medicale. În: Materialele Conferinței a II-a a Medicilor Legiști din Republica Moldova. 2006, p. 23-26.
3. Dermengiu D., Dermengiu S., Buda O. Lethal Diagnostic inaccuracies. In: Rom. J. Leg. Med. 1996, 4(1), p. 816-24.
4. Pădure A. Evaluarea medico-legală a calității asistenței de profil chirurgical. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. 2008, Vol. 1, p.98-102.

5. Pădure A. Importanța argumentării diagnosticului clinic pentru aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. 2010, Vol. 2, p.326-329.
6. Pădure A. Valoarea documentelor medicale în evaluarea calității asistenței medicale. În: Materialele Conferinței științifice dedicate jubileului de 190 ani de la fondarea Spitalului Clinic Republican. 2007, p. 173-176.
7. Pădure A. Valoarea fișei medicale a bolnavului de staționar în demonstrarea calității intervenției chirurgicale. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. 2010, Vol. 2, p.308-313.
8. Pădure A., Baci Gh., Cuvșinov I. Calitatea documentației medico-legale – concepție importantă pentru organ de urmărire penală. În: Materialele Conferinței a II-a a Medicilor Legiști din Republica Moldova. 2006, p. 32-39.
9. Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale. Chișinău, 2003.
10. Ungurean S. Deficiențe medicale: cauze și consecințe. Chișinău: CEP Medicina, 2001. 122p.
11. Бачу Г.С. О недостатках в диагностике и оценке закрытых повреждений грудной клетки. В: Актуальные вопросы судебной медицины и патологической анатомии. Таллинн, 1975, с. 208-210.
12. Бачу Г.С. О расхождении клинического и анатомического диагнозов в случаях закрытой травмы грудной клетки. Материалы врачебной научно-практической юбилейной конференции посвященной 100-летию Бельцкой республиканской больницы. Кишинёв, 1972, с. 182-183.
13. Вальчук Э.А. и соавт. Характеристика причин смерти по данным патологоанатомических вскрытий. В: Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2008, №4, с. 22-25.
14. Велишева Л.С., Богуславский В.Л. Анализ летальных исходов в лечебных учреждениях (по судебно-медицинским данным). В: Судебно-медицинская экспертиза. 1975, №1, с. 21-24.
15. Доманин А.А. Анализ врачебных ошибок в России (2000-2003). [On-Line] www.pitt.edu/~super7/17011-18001/17041.ppt (citat 14.12.2010).
16. Зайратьянц О.В. Анализ летальных исходов по данным МОСГОРСТАТА и патологоанатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы за последние 15 лет (2002-2006гг.). В: Вестник московского городского научного общества терапевтов. 2007, №9, с.3-4.
17. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В, Авантадилов Г.Г. Правила построения патологанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10. Москва, 2001. 10 с.
18. Збруева Ю.В. Анализ летальных исходов в результате травмы среди лиц, умерших в стационарах Астрахани (по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы астраханской области). В: Судебно-медицинская экспертиза. 2010, №2, с. 29-31.
19. Коваленко В.Л. Основные положения теории диагноза. [On-Line] www.chelsma.ru/files/misc/kovalenko.ppt (citat 21.03.2011).
20. Купрюшин А.С. Значение клинико-патоморфологического эпикриза для предупреждения ошибок в лечебно-диагностическом процессе. В: Медицинское право. 2005, №4, с. 39-41.
21. Курилина Э.В. Анализ расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по материалам Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области, как одно из направлений работы организационно-методического отдела. В: Актуальные вопросы судебной медицины и практики на современном этапе. Москва, 2007, с. 184-189.

22. Матвеев Р.П. Анализ причин расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов при политравме. [On-Line] http://bone-surgery.ru/view/analiz_prichin_rashozhdenij_klinicheskogo_i_patologoanatomicheskogo_diagnoz/ (citat 02.02.2011).
23. Мишнев О.Д. Ошибки в практике терапевта и хирурга: расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов. В: Вестник МЕДСИ. 2008, №1, с. 62-71.
24. Низий А.В., Юртаева Е.А. Дефекты диагностики лечения, выявленные в ЛПУ г. Находка за 2003-2005гг. В: Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. 2007, №12, ч.1, с. 41-44.
25. Никонова Е.В., Чучалин А.Г., Черняев А.Л. Пневмонии: эпидемиология, классификация, клинико-диагностические аспекты. В: РМЖ. 1997, №17. [On-Line] http://rmj.ru/articles_2823.htm (citat 14.03.2011).
26. Печерей И.О., Ромодановский П.О., Завражнов С.П. Анализ случаев выявления туберкулеза среди лиц находящихся на стационарном лечении с симптомами бронхолегочного заболевания. В: Сборник научных работ кафедры судебной медицины Московской Медицинской академии им. И.М. Сеченова. 2006, с.153-154.
27. Приложение №2 к приказу комитета здравоохранения правительства Москвы от 21.04.1997 №219. Положение о сопоставлении клинического и патолого-анатомического диагнозов в лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы
28. Приложение №4 к приказу комитета по здравоохранению Ленинградской области от 06.06.2000 №147. Положение о сопоставлении клинического и патолого-анатомического диагнозов.
29. Рогов К.А., Владимирцева А.Л. Правила формулировки и сопоставления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Москва: Изд-во РУДН, 2005. 20 с.
30. Стемпурский Ю.Н., Морозов М.Н., Губергриц А.Я. Методология врачебного диагноза и прогноза. Киев: Здоров'я, 1986, 88 с.
31. Трусов О.А., Кравченко Э.В., Мишнев О.Д. Сравнительный анализ качества прижизненной диагностики в лечебных учреждениях субъектов Российской Федерации по результатам аутопсий. В: Омский науч. вестник. 2007, № 3(61), с. 46-50.
32. Цыбырнэ К.А., Бачу Г.С. Анализ ошибок в диагностике и лечении закрытых травм грудной клетки. Травма груди. Мат. конф. Новое в хирургии. Пермь, 1972, с. 223-224.
33. Чурюканов М.В. и соавт. Судебно-медицинское значение врачебных ошибок. В: Сб. науч. работ кафедры судебной медицины ММА им. И.М. Сеченова. 2006, с.159-160.
34. Ярема И.В. и соавт. Дефекты в ведении историй болезни в ургентной абдоминальной хирургии и их значение для наступления гражданско-правовой ответственности. В: Проблемы экспертизы в медицине. 2006, №3, с. 9-11.