

СОДЕРЖАНИЕ

Введение в биопсийно-секционный курс.....	2
Цель и содержание курса.....	2
Структура патологоанатомической службы.....	3
Задачи патологоанатомической службы.....	3
Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий.....	4
Порядок проведения патологоанатомических вскрытий.....	7
Протокол патологоанатомического вскрытия.....	9
Особенности вскрытия трупов мертворожденных и новорожденных	12
Порядок вскрытия в случаях подозрения или обнаружения особо опасных инфекций	14
Порядок исследования биопсийного и операционного материала.....	15
Цитологический метод исследования	25
Правила формулировки диагноза.....	28
Формулировка диагноза при болезнях системы кровообращения.....	31
Формулировка диагноза при новообразованиях.....	35
Формулировка диагноза при болезнях органов дыхания	36
Формулировка диагноза при болезнях органов пищеварения	37
Формулировка диагноза при хроническом алкоголизме, острой и хронической алкогольной интоксикации.....	39
Формулировка диагноза при ятрогенных патологических процессах.....	40
Клинико-патологоанатомический эпикриз.....	44
Правила сопоставления (сличения) заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.....	46
Порядок организации и проведения комиссий по изучению летальных исходов (КИЛИ) и клинико- патологоанатомических конференций (КАК) в лечебно-профилактических учреждениях.....	49
Правила оформления врачебного свидетельства о смерти.....	54
Сроки хранения, порядок выдачи и утилизации материалов и документов патологоанатомических исследований.....	59
Список литературы.....	61

ВВЕДЕНИЕ В БИОПСИЙНО-СЕКЦИОННЫЙ КУРС

Патологоанатомической службе принадлежит ведущая роль в системе здравоохранения Российской Федерации. Обладая самыми достоверными методами исследования, она осуществляет прижизненную и посмертную диагностику в процессе анализа операционного, биопсийного материала и при проведении аутопсий. Ей придается большое значение в контроле качества клинической диагностики и лечения и обеспечении органов государственной статистики истинными данными о причинах смертности населения.

Знание принципов клинико-патологоанатомического анализа результатов вскрытия, а также клинической оценки результатов морфологического исследования операционного и биопсийного материала необходимо не только патологоанатомам, но всем выпускникам по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия».

Настоящие методические рекомендации содержат основные положения об организации и задачах патологоанатомической службы, назначении и порядке проведения патологоанатомических исследований трупов, принципах построения клинического и патологоанатомического диагнозов, клинико-анатомическом анализе летальных исходов. В них включены данные о значении и методах прижизненного морфологического исследования операционного и биопсийного материала.

Рекомендации по "Биопсийно-секционному курсу" составлены на основе регламентирующих документов, инструкций и методических разработок, определяющих организацию патологоанатомической службы Российской Федерации и в соответствии с программой по патологической анатомии, действующей в медицинских ВУЗах Российской Федерации. Они предназначены для студентов старших курсов лечебного и педиатрического факультетов высших образовательных медицинских учреждений и могут быть использованы в последипломном обучении клинических ординаторов по всем специальностям.

ЦЕЛЬ И СОДЕРЖАНИЕ КУРСА

Основная цель биопсийно-секционного курса – изучение принципов клинического анализа при проведении аутопсий и последующих клинико-морфологических сопоставлений, а также усвоение врачебной тактики в процессе прижизненной морфологической диагностики.

Курс включает изучение следующих вопросов:

- значение, организация, задачи и методы патологоанатомической службы;
- порядок назначения и проведения патологоанатомических вскрытий;
- правила оформления протокола вскрытия;
- принципы формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов;
- правила заполнения медицинского свидетельства о смерти;
- порядок проведения клинико-патологоанатомического анализа результатов вскрытий;
- значение прижизненной морфологической диагностики, её основные методы, правила направления на исследование биопсийного и операционного материала, клиническая оценка результатов микроскопического анализа.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Патологоанатомическая служба – система организаций (учреждений, подразделений) здравоохранения, осуществляющих прижизненную и посмертную диагностику болезней и контроль качества лечебно-

диагностического процесса.

В состав патологоанатомической службы Российской Федерации входят:

1. **Патологоанатомические бюро и институты патологии** (республиканские, краевые, областные, городские и районные). Они напрямую подчиняются соответствующим региональным органам здравоохранения, обладают правами юридического лица.

2. **Патологоанатомические отделения, отделы или лаборатории** в составе лечебно-профилактических учреждений (стационаров, диспансеров, клиничко-диагностических центров, клиник медицинских вузов, научно-исследовательских институтов и других медицинских организаций). Они подчиняются администрации учреждения.

Патологоанатомические учреждения (подразделения) патологоанатомической службы Российской Федерации имеют в своем распоряжении территорию, здания и сооружения с необходимым оборудованием, инвентарем и другими видами имущества. Патологоанатомические учреждения могут служить базой для кафедр патологической анатомии медицинских вузов и колледжей.

В зависимости от поставленных задач, объёма, видов и сложности выполняемой работы, уровня оснащённости, обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами, патологоанатомические учреждения (подразделения) патологоанатомической службы Российской Федерации делятся на три группы (категории).

ЗАДАЧИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Патологоанатомическая служба решает следующие задачи:

Диагностические и исследовательские:

1. Прижизненная морфологическая диагностика патологических процессов путём исследования биопсийного, операционного материала и последов. Она осуществляется с помощью гистологического, цитологического, иммуногистохимического (иммуноморфологического), молекулярно-биологических, ультраструктурного (электронно-микроскопического), цитогенетического и других методов исследования.

1. Контроль эффективности лечения при проведении повторных прижизненных морфологических исследований.

2. Посмертная диагностика с установлением причин и механизмов смерти больного путем проведения патологоанатомического вскрытия (аутопсии) и последующего микроскопического исследования органов и тканей.

3. Оценка качества клинической диагностики и лечения на основе клиничко-морфологических сопоставлений по результатам патологоанатомического вскрытия.

Информационно-статистические:

4. Анализ структуры заболеваемости и смертности на основании результатов прижизненной морфологической диагностики и патологоанатомических вскрытий в лечебно-профилактических учреждениях.

5. Предоставление органам статистики и управления здравоохранением достоверной информации о качестве оказания медицинской помощи по патологоанатомическим данным.

Учебно-педагогические и научно-исследовательские:

6. Предоставление материалов патологоанатомических исследований для обучения студентов, врачей, ординаторов и средних медицинских работников.

7. Совершенствование теоретической и практической подготовки врачей различных специальностей на основе клинико-патологоанатомического анализа летальных исходов (на клинико-патологоанатомических конференциях, комиссиях по изучению летальных исходов и др.) и при осуществлении прижизненной морфологической диагностики.

8. Научная разработка результатов патологоанатомических исследований.

**ПОРЯДОК ОТМЕНЫ И НАЗНАЧЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ
ВСКРЫТИЙ ТРУПОВ**

Патологоанатомические вскрытия проводятся врачом-патологоанатомом путем посмертного исследования органов умершего.

Проведение патологоанатомических вскрытий (секций, аутопсий) необходимо для:

- 1) установления или уточнения диагноза у умершего больного;
- 2) контроля качества прижизненной диагностики и лечения;
- 3) повышения квалификации врачей-клиницистов;
- 4) получения статистической информации о структуре заболеваемости и смертности населения;
- 5) выявления особо опасных инфекционных заболеваний;
- 6) изучения морфологических проявлений новых заболеваний и патоморфоза болезней;
- 7) исключения насильственного характера смерти больного;
- 8) решения научных задач;
- 9) обучения студентов.

Направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших в стационаре организует заведующий отделением, в котором зарегистрирован пациент в момент смерти, а в случае его отсутствия – ответственный дежурный врач по больнице.

При наступлении смерти вне медицинской организации направление на вскрытие организует врач (фельдшер) той медицинской организации, которая осуществляет медицинское обслуживание данной территории (поликлиника, фельдшерско-акушерский пункт), либо медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь.

В случае наступления смерти в стационарных учреждениях социального обслуживания (дома-интернаты для инвалидов, престарелых, дома ребенка), образовательных организациях, где проживают обучающиеся, направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) указанных организаций либо врач (фельдшер) медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание этих учреждений.

Медицинский работник, направляющий тело умершего на вскрытие в патологоанатомическое отделение (бюро), оформляет и подписывает направление на патологоанатомическое вскрытие, в котором указываются следующие сведения:

- 1) наименование организации, из которой направляется тело умершего;
- 2) фамилия, имя, отчество и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода);
- 3) дата и время наступления смерти (мртворождения).

Для проведения патологоанатомического вскрытия вместе с телом умершего (мртворожденного, плода) направляется медицинская карта стационарного больного (история болезни), медицинская карта родов, мртворожденного, плода, новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного, содержащая результаты проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз с указанием кода диагноза в соответствии с МКБ-10 и посмертный эпикриз. Медицинская карта должна иметь визу о направлении на вскрытие.

Выдача трупов умерших больных без вскрытия снижает действенность контроля лечебно-диагностического процесса, создаёт угрозу возникновения эпидемий, ведёт к искажению государственной статистики заболеваемости и смертности.

Патологоанатомическое вскрытие может не производиться по религиозным мотивам при наличии письменного заявления или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни. Заявление могут написать: супруга умершего или его близкий родственник (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и сестры, внуки, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иные родственники либо законный представитель умершего. В ряде случаев, несмотря на волеизъявление умершего или заявление его родственников либо законного представителя,

отменить вскрытие нельзя.

Отмена вскрытия не допускается (ст. 67 Федерального закона от 21 декабря 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ МЗ РФ от 06.06.2013 г. № 354н):

1. При подозрении на насильственную смерть.
2. При невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти и (или) непосредственной причины смерти.
3. При пребывании пациента в стационаре менее одних суток.
4. При подозрении на передозировку или непереносимость лекарств или диагностических препаратов (ятрогении).
5. В случаях смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических диагностических инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий во время или после операции переливания крови и (или) её компонентов (ятрогении);
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
 - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
 - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
 - д) беременных, рожениц и родильниц, (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до 28 дней жизни включительно;
 - е) рождения мертвого ребенка;
 - ж) необходимости судебно-медицинского исследования.

При выдаче трупа без вскрытия заведующему отделением, в котором был зарегистрирован пациент в момент смерти, а в случае его отсутствия – ответственному дежурному врачу с близких или родственников следует взять письменное заявление с обоснованием просьбы об отмене вскрытия и указанием на отсутствие претензий в отношении проведенных диагностики и лечения. Об отмене вскрытия медицинский работник дает письменное указание в истории болезни с обоснованием причин отмены вскрытия.

Патологоанатомическое вскрытие проводится в срок до трех суток после констатации биологической смерти человека.

В случае необходимости выдача трупа без вскрытия согласуется с заведующим патологоанатомическим отделением.

На судебно-медицинское вскрытие труп направляется, если личность умершего не установлена, если смерть последовала от потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача, после искусственного аборта, проведенного вне лечебного учреждения, от механических повреждений, отравления, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, других насильственных причин смерти или же, если имеются указания на возможность одной из них.

Если указания на одну из этих причин обнаруживаются при патологоанатомическом вскрытии, то вскрытие приостанавливается,

вскрывающий врач принимает меры к сохранению тела, всех органов и тканей трупа для дальнейшего судебно-медицинского исследования. На произведенную часть патологоанатомического исследования составляется протокол, в конце которого указывается основание для производства судебно-медицинского вскрытия.

О каждом случае прерванного патологоанатомического вскрытия патологоанатом тотчас же обязан известить главного врача, который немедленно сообщает об этом в прокуратуру или в районное отделение милиции и ожидает распоряжения прокурора или органов милиции. Передача трупов на судебно-медицинскую экспертизу производится каждый раз только по распоряжению главного врача лечебного учреждения.

Судебно-медицинское вскрытие трупов лиц умерших в лечебных учреждениях может производиться в помещении патологоанатомического отделения данного лечебного учреждения штатными судебно-медицинскими экспертами или другим лицом, уполномоченным на это соответствующими органами.

В случаях внезапной смерти детей вне лечебного учреждения, не находящихся на диспансерном учете, их трупы подлежат судебно-медицинскому вскрытию. Патологоанатом может быть привлечен для консультативной помощи по договоренности с бюро судебно-медицинской экспертизы.

В случае первичного обнаружения во время вскрытия особо опасного инфекционного заболевания или при подозрении на него, патологоанатом обязан поставить об этом в известность главного врача лечебного учреждения, который передает информацию об этом в санэпидстанцию, в районе которой находится больница.

Патологоанатомическое вскрытие умерших, мертворожденных или плодов от особо опасных инфекционных болезней осуществляется в изолированных помещениях патологоанатомического бюро (отделения), предназначенных для вскрытия таких трупов, в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

ПОРЯДОК

ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ ТРУПОВ

Перед началом проведения патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом изучает медицинскую документацию, представленную для проведения вскрытия, а при необходимости получает разъяснения у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента.

На проведение патологоанатомического вскрытия пациента, умершего в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, приглашается его лечащий врач, (врач-акушер-гинеколог, врач-неонатолог), фельдшер, акушерка или заведующий отделением, в котором был зарегистрирован пациент на момент наступления смерти.

Этапы проведения патологоанатомического исследования включают:

- 1) наружный осмотр тела;
- 2) вскрытие и исследование полостей тела;
- 3) извлечение органокомплекса;
- 4) изучение органов и тканей;
- 5) взятие биологического материала для гистологического и других дополнительных исследований;
- 6) приведение тела в достойный вид;
- 7) лабораторная обработка биологического материала;
- 8) микроскопическое изучение биологического материала.

Вскрытие трупа производится в специальной защитной одежде (непромокаемая обувь, халат, передник, шапочка, маска, защитные очки, нарукавники, перчатки).

Для производства вскрытия пользуются специальным "секционным набором инструментов", в который входят ножи, скальпели, линейка, пинцеты, ножницы, пила, молоток анатомический с крючком, долото, зонды.

Патологоанатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и сохранением максимально его анатомической формы.

Вскрытие начинается с наружного осмотра трупа. Отмечаются трупные изменения, определяется пол, внешний вид умершего, его соответствие возрасту, особенности телосложения, состояние костного скелета. Особенно детально описывают операционные раны, рубцы, наличие дренажей, повязок, патологических образований.

Вскрытие и исследование полостей тела включают осмотр состояния содержимого полостей, их стенок с характеристикой серозного покрова, синтопического расположения органов. Считается обязательным вскрытие трёх полостей: черепа, грудной и брюшной, при необходимости вскрывается спинномозговой канал.

Извлечение органокомплекса осуществляется с использованием методических приемов, позволяющих сохранить взаиморасположение внутренних органов и тканей.

Существует несколько способов вскрытия трупов. По методу Абрикосова органы извлекают по системам. Органы полости рта, шеи, дыхания и кровообращения вместе с сердцем. При этом аорта и пищевод извлекаются до уровня диафрагмы. Желудок извлекается вместе с печенью, поджелудочной железой и селезёнкой. Затем извлекаются мочеполовые органы. Способ Шора заключается в полной эвисцерации всего органокомплекса.

Изучение органов и тканей производится в следующей последовательности:

- 1) головной мозг и оболочки мозга;
- 2) череп и придаточные пазухи;
- 3) средостение, грудная и брюшная полости;
- 4) аорта, крупные артерии (почечные, брыжеечные, подвздошные);

- 5) язык, глотка, пищевод, щитовидная железа;
- 6) трахея, бронхи, легкие;
- 7) почки, надпочечники, мочеточники;
- 8) сердце и крупные сосуды;
- 9) желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка;
- 10) поджелудочная железа, печень, желчный пузырь;
- 11) мочевого пузыря, предстательная железа (матка, яичники);
- 12) магистральные сосуды конечностей;
- 13) кости и мягкие ткани;
- 14) плацента (при наличии);
- 15) плодные оболочки и пуповина (при наличии).

Взятие биологического материала для гистологического исследования, а при необходимости для гистохимического, иммуногистохимического, генетического, молекулярно-биологического исследований подразумевает иссечение кусочков органов и тканей и помещение их в фиксирующие растворы. При наличии медицинских показаний производится взятие биологического материала для микробиологического (бактериологического, вирусологического), биохимического и (или) других необходимых исследований. Для проведения указанных исследований биологический материал передается в нефиксированном (нативном) виде. Для микробиологического (бактериологического и вирусологического) исследования биологический материал забирается с соблюдением требований стерильности.

Патологоанатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и сохранением максимально его анатомической формы.

После проведения вскрытия приведение тела в достойный вид осуществляется путем ушивания секционных разрезов и омывания водой, выполняемых санитаром морга.

Основным документом патологоанатомического исследования является его протокол.

ПРОТОКОЛ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ

Врач-патологоанатом завершает и окончательно оформляет протокол патологоанатомического исследования трупа не позднее тридцати суток после проведения вскрытия. Он содержит:

- а) паспортные и другие основные сведения об умершем;
- б) клинические данные, заключительный клинический диагноз;
- в) описательную часть (макроскопические изменения);
- г) результаты микроскопического исследования и других методов при их наличии;
- д) патологоанатомический диагноз и клинико-патологоанатомический эпикриз.

Копия оформленного протокола вносится в медицинскую карту умершего стационарного больного (историю болезни) или в медицинскую

карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента, которая возвращается в медицинскую организацию.

Карта может быть задержана на более длительный срок только по специальному разрешению руководства больницы.

Описательная часть патологоанатомического протокола вскрытия взрослого или плода, мертворожденного, новорожденного должна быть оформлена в день вскрытия. Оформление этого раздела протокола требует соблюдения двух основных правил:

1. Все без исключения патологические изменения, обнаруженные на вскрытии, должны быть внесены в протокол.

2. Протокол не должен содержать “микродиагнозы”, представляющие собой субъективную точку зрения патологоанатома на обнаруженные изменения. К ним относятся заключения типа «кровоизлияние», «абсцесс», «тромб», «инфаркт», «опухоль», «экссудат» и т. п. Описательная часть протокола является объективным беспристрастным отражением реальных морфологических изменений, изложенным в письменной форме понятным языком.

Схема описательной части протокола патологоанатомического вскрытия (макроскопические изменения).

Наружный осмотр трупа.

Пол. Телосложение. Степень упитанности. Данные наружного осмотра кожного покрова, головы, шеи, туловища и конечностей. Характер трупных пятен и их расположение. Выраженность и распространённость трупного окоченения. Состояние мышечной и костной систем. Состояние естественных отверстий. Наружные половые органы. Молочные железы. При наличии операции подробно описывается место операции, длина разрезов, операционные раны открыты или закрыты, характер швов, имеется ли выделение из области раны.

Внутреннее исследование.

Полость черепа.

Состояние мягких покровов головы при отделении их от черепа. Вид костей черепа. Состояние мягкой и твёрдой мозговых оболочек, кровенаполнение сосудов. Объём головного мозга характер его извилин и борозд, консистенция. Вид коры и белого вещества, подкорковых ядер, состояние желудочков мозга, мозжечка и продолговатого мозга, сосудистых сплетений. Состояние сосудов головного мозга.

Грудная полость.

Расположение органов грудной полости. Объём лёгких. Спадаются ли они после вскрытия грудной клетки. Наличие спаек и жидкости в плевральных полостях, её количество и характер. Состояние плевральных листков. Наличие спаек и жидкости в полости перикарда, её количество и характер. Состояние листков перикарда. Наружный осмотр сердца, форма и место расположения. Зобная железа: её расположение и величина.

Брюшная полость.

Расположение органов брюшной полости. Наличие спаек и жидкости в брюшной полости, её количество и характер. Состояние листков брюшины.

Внутренние органы лучше описывать по системам, менее предпочтительно описание органов в порядке вскрытия. Обязательно указываются размеры органов и масса.

Органы кровообращения.

Состояние аорты и крупных артерий и вен (содержимое, вид внутренней оболочки). Размеры сердца, форма, консистенция. Кровенаполнение полостей и характер сгустков, проходимость атриовентрикулярных отверстий. Толщина стенки левого и правого желудочков. Характер миокарда, эндокарда и клапанов сердца. Состояние коронарных сосудов.

Органы дыхания.

Гортань – цвет и характер слизистой оболочки, состояние хрящей гортани. Слизистая оболочка трахеи и бронхов, содержимое просвета. Лёгкие – их воздушность, плотность, характер ткани на разрезе и жидкости, стекающей с поверхности разреза при надавливании. Водная проба – тонут кусочки в воде или нет. Состояние перерезанных сосудов и бронхов. Состояние придаточных полостей носа (при необходимости).

Органы пищеварения.

Характер слизистой оболочки языка и миндалин. Слизистая оболочка пищевода, содержимое просвета. Состояние слизистой оболочки желудка и кишечника по всем отделам, их содержимое. Характер лимфоидного аппарата стенки кишки и брыжейки. Состояние червеобразного отростка на разрезе. Печень – размеры, консистенция, окраска и характер поверхности, вид на разрезе. Желчный пузырь – его величина и характер желчи, состояние слизистой оболочки. Проходимость внепеченочных желчных протоков, содержимое просветов. Поджелудочная железа – размеры, консистенция, цвет, рисунок ткани на разрезе.

Мочеполовые органы.

Почки – их форма, размеры, консистенция, характер поверхности, вид на разрезе, слизистая оболочка лоханок. Вид мочеточников. Содержимое мочевого пузыря и его количество, состояние слизистой оболочки. Размеры предстательной железы, её форма, поверхность, консистенция и цвет. Состояние яичек. Размеры, форма матки, маточных труб и яичников у женщин, слизистая оболочка матки, шейки и влагалища.

Органы кроветворения.

Селезёнка – её размеры, консистенция, вид снаружи и на разрезе, характер соскоба. Состояние лимфоузлов брыжейки, средостения и шеи. Вид и цвет костного мозга.

Эндокринные органы.

Надпочечники – их форма, цвет на разрезе, рисунок ткани. Щитовидная железа – её размеры, консистенция, вид снаружи и на разрезе. Состояние гипофиза и парашитовидных желёз.

Опорно-двигательный аппарат.

Состояние мышц, костей, суставов.

При вскрытии мертворожденного или новорожденного описательная часть протокола содержит данные о плаценте (размеры, масса, форма, вид снаружи и на разрезе), плодных оболочек и пуповины.

После вскрытия составляется предварительный диагноз (заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патологоанатомического вскрытия), который отражается в "Медицинском свидетельстве о смерти" или в "Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), 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.

Для подтверждения и детального изучения выявленных патологических изменений на вскрытии для микроскопического анализа берутся образцы тканей. Лабораторная обработка данного биологического материала для гистологического, иммуногистохимического, генетического, молекулярно-биологического исследований, включает:

- 1) окончательную фиксацию;
- 2) проводку (обезвоживание и пропитывание парафином);
- 3) заливку в парафин с изготовлением парафиновых блоков;
- 4) микротомиию (изготовление парафиновых срезов, монтирование их на предметные стекла и высушивание);
- 5) маркировку, окраску, заключение и высушивание микропрепаратов.

Врач, проводивший вскрытие, осуществляет микроскопическое исследование гистологических препаратов тканей и органов трупа с подробным описанием выявленных изменений.

ОСОБЕННОСТИ ВСКРЫТИЯ ТРУПОВ МЕРТВОРОЖДЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ

Обязательному вскрытию подлежат мертворожденные и умершие в лечебных учреждениях дети в возрасте до 28 дней жизни включительно независимо от массы и длины тела и от того, сколько времени после рождения наблюдались у них признаки жизни, а также мертворожденные массой 500г и более и длиной тела 25 см и более, при сроке беременности 22 недели и более, включая случаи прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям.

Самопроизвольные и индуцированные выкидыши со сроком гестации менее 22 недель, с массо-ростовыми параметрами менее чем вышеуказанные вскрываются по договоренности заведующего патологоанатомическим отделением с главным врачом учреждения здравоохранения выборочно, в исключительных случаях, отвечающих

научным и практическим интересам данного медицинского учреждения с регистрацией в журнале и оформлением протокола вскрытия, но без оформления свидетельства о перинатальной смерти и регистрации в органах ЗАГСа.

Мертворожденные и умершие живорожденные дети направляются на патологоанатомическое исследование вместе с последом, который регистрируется в журнале и исследуется как биопсийный материал. Информация о каждом недоставленном последе сообщается главному врачу. Заведующие отделениями родовспомогательных учреждений обеспечивают доставку в патологоанатомическое отделение мертворожденных и умерших новорожденных с оформленной историей родов, содержащей подробный клинический эпикриз (при мертворождении) и с историей развития новорожденного, содержащей оформленный эпикриз и заключительный клинический диагноз, во всех случаях смерти живорожденных.

На вскрытие приглашаются акушер, неонатолог или педиатр, детский хирург или другие специалисты при необходимости.

Аутопсия производится только после представления в патологоанатомическое отделение историй родов и развития новорожденных, содержащих заключительный клинический диагноз с датой его установления, посмертный эпикриз, материалы проведенных лабораторных, инструментальных, операционных и других вспомогательных методов исследования, визу заведующего клиническим отделением с указанием цели направления (патологоанатомическое вскрытие).

Аутопсию умерших плодов и новорожденных необходимо осуществлять с учетом особенностей вскрытия черепа, позвоночника, грудной клетки, брюшной полости, сердца и других органов. Обязательно оценивать и описывать признаки доношенности, недоношенности или переносимости, а также конфигурацию головки, состояние родничков, швов, родовой опухоли и пупочного кольца. Гистологически на серийных срезах исследуются, в том числе при отсутствии минимальных видимых изменений, пупочные сосуды, внутренние подвздошные артерии и урахус в сочетании с бактериологическим и бактериоскопическим исследованием материала.

Гестационный срок плода и новорожденного определяется на основании параметров, полученных в результате комплексного исследования, включающего параметры антропометрии: массу, длину туловища, окружности головы, груди, живота, длину бедренной кости и стопы и изучение ядер окостенения (21-24 недель – грудина, 25 недель – пяточная и таранная кости, 28-32 недель – большой рожок подъязычной кости, 38 недель – дистальный эпифиз бедра, 41-42 недель – верхний эпифиз плеча).

Для гистологического исследования последа иссекаются кусочки в следующем количестве: 10-12 – из центральных, парацентральных, краевых

зон плаценты, включая патологические очаги, 2 – из зон прикрепления и перевязки пупочного канатика, 2 – из внеплацентарных оболочек, а именно из зоны разрыва и перехода на плаценту. При подозрении на воспаление и большое количество патологических очагов количество кусочков, взятых на исследование, увеличивается до 18-20 и дополнительно на мазках с материнской поверхности проводится бактериологическое и цитологическое исследование.

Протокол вскрытия и врачебное свидетельство о перинатальной смерти оформляются врачом акушером-гинекологом (неонатологом) в день аутопсии.

Патологоанатомическому исследованию подлежат все трупы умерших в лечебных учреждениях детей, в возрасте от 0 суток до 18 лет включительно. При наличии признаков или подозрении на насильственную смерть осуществляется судебно-медицинское исследование.

В случаях смерти детей вне стационара при отсутствии признаков насильственной смерти, вопрос о необходимости патологоанатомического исследования решается главным врачом медицинской организации, наблюдавшей данного ребенка при жизни.

Обязательному патологоанатомическому исследованию подлежат дети, умершие вне стационара при следующих обстоятельствах: от инфекционных заболеваний или при подозрении на них; от онкологических заболеваний при отсутствии гистологической верификации опухоли; при заболеваниях, связанных с последствиями экологических катастроф; при "синдроме внезапной смерти" с максимальным гистологическим, бактериологическим и вирусологическим изучением органов.

В случаях внезапной смерти детей, не находившихся на диспансерном учете, вне медицинской организации, трупы умерших подлежат вскрытию судебно-медицинским экспертом.

Заведующий патологоанатомическим отделением обеспечивает в 100% микроскопическое исследование материала вскрытий трупов новорожденных, мертворожденных и последов.

ПОРЯДОК ВСКРЫТИЯ В СЛУЧАЯХ ПОДОЗРЕНИЯ ИЛИ ОБНАРУЖЕНИЯ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

При подозрении на наличие признаков особо опасных инфекционных болезней у умершего, мертворожденного или плода патологоанатомическое вскрытие осуществляется в изолированных помещениях патологоанатомического отделения (бюро), предназначенных для вскрытия таких трупов, в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

В случае первичного обнаружения во время вскрытия острого инфекционного заболевания или при подозрении на него, патологоанатом обязан поставить об этом в известность главного врача лечебного учреждения и послать экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, профессиональном отравлении в санэпидстанцию, в районе

которой находится больница [12, 13].

Вскрытие людей, умерших от особо опасных инфекций, а также трупов, вызвавших подозрение на данные заболевания имеет ряд особенностей. Они сводятся к обязательным мерам личной профилактики, соблюдение которых направлено на предохранение персонала от заражения и предупреждение возможности рассеивания возбудителя в окружающую среду.

К особо опасным (карантинным) инфекциям Международной ассамблеей здравоохранения отнесены: холера, чума, жёлтая лихорадка, оспа, контагиозные вирусные геморрагические лихорадки (лихорадка Ласса, Марбург, Эбола), малярия и другие опасные инфекции, передаваемые комарами, ВИЧ-инфекция (СПИД). В России особо опасные инфекции включают также сибирскую язву, сап, мелиоидоз, лептоспироз, туляремию, бруцеллёз, Ку-лихорадку, сыпной тиф, орнитоз, бешенство.

Данные патологоанатомического исследования подробно протоколируют по общепринятым правилам. В сомнительных случаях окончательный диагноз может быть поставлен после получения результатов бактериологического, вирусологического, серологического исследований, данные о которых вносят в протокол вскрытия дополнительно.

ПОРЯДОК ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Развитие медицинской науки и практики, направленное на познание сущности болезни, невозможно без раскрытия её материального субстрата. Морфологический метод, несмотря на совершенствование клинической диагностики, до настоящего времени сохраняет своё исключительное значение, как самый достоверный. Поэтому для современного этапа развития здравоохранения характерен возрастающий объем прижизненных морфологических исследований. Диагностика болезней и патологических процессов по биоптатам, операционному материалу, следам и цитологическим препаратам занимает не менее 50% рабочего времени (трудозатрат) врача-патологоанатома.

Перечень применяемых методик морфологического исследования включает иммуноморфологические, цитогенетические, молекулярно-биологические, гистоавторадиографические, электронно-микроскопические и др.

Прижизненный морфологический диагноз является наиболее точным из всех видов диагноза в медицине, поэтому он нередко решающим образом влияет на клиническую диагностику.

Биопсия (biopsia, био + греч opsis – зрительное восприятие, зрение) – прижизненное взятие ткани для морфологического исследования, с целью диагностики и оценки лечения.

Материал для прижизненной патологоанатомической диагностики подразделяется на операционный и биопсийный. Операционным материалом

считают ткани и органы, удалённые при хирургической операции в целях лечения. Биопсия проводится с целью постановки диагноза.

Биопсия в зависимости от объема изымаемой ткани может быть:

1. Эксцизионная – взятие для исследования патологического образования целиком.

2. Инцизионная – взятие для исследования части патологического образования либо из диффузно измененного органа.

Биопсия в зависимости от способа её получения может быть:

1. Щипковая биопсия – с помощью биопсийных щипцов (punch-biopsy).

2. Пункционная биопсия, которая делится на
– тонкоигольную – получение материала для исследования с помощью тонкой пункционной иглы и шприца;

– толстоигольную (трепан-биопсию) – взятие столбика плотной ткани с помощью полой трубки с заострённым краем – трепана. Применяется для биопсии костей и плотных опухолей.

3. Скарификационная (поверхностная) биопсия (shaving biopsy) – взятие материала путём срезания с поверхности образования тонкого пласта ткани, применяется для биопсии патологических образований кожи.

4. Петлевая биопсия – взятие материала петлей при помощи коагулятора в режиме резания тканей либо радиочастотного хирургического аппарата. Применяется в ЛОР, гинекологии и при эндоскопических исследованиях.

5. Кюретаж – материал получают с помощью выскабливания кюреткой.

6. Аспирационная биопсия – материал получают путём насасывания содержимого полых органов или полостей организма через иглу шприца или специальными инструментами (например, аспирация эндометрия).

Взятие материала для цитологического исследования.

1. Отпечаток с патологического образования (эрозии, язвы) – материал переносится на предметное стекло прикладыванием его к изъязвленной поверхности.

2. Мазок-отпечаток с патологического образования – материал соскабливается с патологического образования шпателем, скальпелем, цитощёткой затем переносится на предметное стекло.

3. Тонкоигольная аспирационная биопсия (FNAB) – взятие материала с использованием пункционной иглы и шприца. Применяется как для биопсии кистозных образований, так и солидных опухолей.

4. Извлечение жидкости из естественных полостей тела или патологических очагов с последующим центрифугированием. Полученный в результате этого осадок наносится на предметное стекло.

Нередко биопсия выполняется при помощи эндоскопического оборудования (например, стенки желудка, кишки, бронха), под контролем УЗИ или под рентгенологическим контролем. С целью диагностики патологических процессов головного мозга применяется стереотаксическая биопсия, производимая путем введения микроинструментов строго в заданные структуры мозга с использованием системы стереотаксических

координат, стереотаксических приборов.

Материал, полученный путем биопсии, называют биоптатом.

Правила направления биопсийного и операционного материала в патологоанатомические учреждения (подразделения).

Прижизненные патологоанатомические исследования проводятся в следующих условиях:

- 1) амбулаторно, кроме случаев вызова медицинского работника на дом;
- 2) в дневном стационаре;
- 3) стационарно.

Кусочки (фрагменты) органов и тканей, взятые с диагностической целью (диагностические биопсии), органы и ткани, удаленные при хирургических операциях (операционные биопсии), а так же последы и самопроизвольно выделившиеся у пациента кусочки ткани подлежат обязательному направлению на патологоанатомическое (патогистологическое) исследование.

Категорически запрещается делить материал на части для одновременного направления в разные патологоанатомические учреждения (подразделения). В подобных случаях морфологические изменения, характерные для данного патологического процесса, могут оказаться только в одной части объекта, а, следовательно, и результаты исследования будут различны. Это может дезориентировать лечащих врачей и нанести вред больному.

Биопсийный (операционный) материал направляется в патологоанатомическое бюро (отделение) лечащим врачом или медицинским работником, осуществившим взятие биопсийного (операционного) материала, с приложением направления на прижизненное патологоанатомическое исследование по утвержденной форме. В направлении на патогистологическое исследование четко обозначаются:

1) наименование лечебного учреждения, отделения откуда прислан материал;

2) фамилия, имя отчество, возраст и пол больного;

3) номер карты амбулаторного или стационарного больного;

4) предполагаемый клинический диагноз с указанием его кода в соответствии МКБ;

5) подробные клинические данные, включающие, проводимое или проведенное ранее лечение (химиотерапевтическое, лучевое, оперативное и др.), данные предшествующего патогистологического исследования (если оно производилось) и других методов исследования (если это необходимо);

6) дата и время взятия материала, его характер, количество направляемых объектов (при необходимости описание или схема места взятия материала);

7) фамилия, имя, отчество врача, направившего материал на исследование и другая информация, важная для установления

патологоанатомического (патогистологического) диагноза.

Перед началом проведения прижизненного патологоанатомического исследования врач-патологоанатом изучает выписку из медицинской документации пациента и при необходимости получает разъяснения у врачей-специалистов, принимающих (принимавших) участие в обследовании и лечении пациента.

Диагностический и операционный материал, доставленный на патогистологическое исследование, должен быть тщательно маркирован с указанием фамилии, инициалов больного и номера истории болезни. Эти данные наносят (или наклеивают) на емкость с объектом, подлежащим исследованию. При помещении в одну посуду нескольких объектов, каждый из них отдельно завязывается в марлю с прикрепленной к ней биркой, не размокающей в жидкости, на которой простым карандашом должен быть указан характер материала (например, левая, правая доля щитовидной железы, сектор молочной железы, лимфатические узлы и пр.). Рекомендуется использование специальных контейнеров и бирок для направления материала на патогистологическое исследование. При направлении материала с плохо визуализируемыми патологическими изменениями врачу-клиницисту целесообразно прошить нитью или пометить специальным раствором (например, раствором бриллиантовой зелени или красителями) место, требующего прицельного морфологического исследования.

Материал на исследование доставляется в патологоанатомическое учреждение (подразделение) персоналом клинического отделения (медицинской организации), где он был взят (получен).

Диагностические биопсии доставляются в фиксаторе (10% нейтральном формалине), объём которого должен в 10-20 раз превышать объём исследуемой ткани. Для некоторых специальных морфологических методов исследования используются и другие фиксаторы, их использование заранее согласовывается с патологоанатомическим учреждением (подразделением). Запрещается применение фиксаторов, не согласованных с патологоанатомическим учреждением (подразделением).

Материал для срочного (интраоперационного) исследования доставляется завернутым в марлевую салфетку, смоченную физиологическим раствором.

Операционный материал доставляется нефиксированным только непосредственно после операции, в остальных случаях удаленные органы и ткани заливаются фиксатором в достаточной по объему посуде таким образом, чтобы они полностью были погружены в фиксирующую жидкость. Материал, содержащий много крови, например соскобы из полости матки, целесообразно отмыть (лучше фиксатором) от избытка крови. Однако это не относится к материалу (маточная труба и т. д.) при подозрении на внематочную беременность. В таком случае абсолютно все сгустки крови, обнаруженные перитубарно, в брюшной полости, в просвете трубы, вместе с удаленной маточной трубой должны быть

бережно сохранены и доставлены в патологоанатомическое отделение. В ином случае достоверность патоморфологического исследования (и ответа) не может быть гарантирована. Сроки доставки фиксированного материала на исследование должны быть минимальны и согласованы с патологоанатомическим учреждением (подразделением), но не превышать 24 часа даже при правильном хранении фиксированного материала.

Помещенный в фиксатор материал нет необходимости помещать в холодильник, т.к. при низкой температуре фиксация замедляется.

Подсохший, загнивший, замороженный, значительно механически поврежденный, неверно фиксированный биопсийный или операционный материал для патогистологического исследования не пригоден и не принимается в патологоанатомическое учреждение (подразделение). Об этом немедленно ставят в известность заведующего (начальника) патологоанатомическим учреждением (подразделением) и клиническим отделением (или руководство медицинской организацией). Также не принимается для патогистологического исследования биопсийный или операционный материал в случае небрежного оформления бланка направления и при несоответствии материалу, указанному в направлении маркировки на емкости.

Ответственность за правильность оформления, направления, фиксации и доставку материала несет заведующий клиническим отделением, откуда поступает материал.

Этапы проведения прижизненного патологоанатомического исследования:

1) макроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала – проводится врачом-патологоанатомом с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с внесением данных макроскопического исследования в протокол исследования;

2) вырезка из биопсийного (операционного) материала – включает в себя иссечение кусочков органов и тканей (тканевых образцов) и помещение их в фиксирующие растворы; объем вырезки и назначаемые окраски (реакции, определения) определяются врачом-патологоанатомом исходя из задач прижизненного патологоанатомического исследования, объема биопсийного (операционного) материала, способа его взятия, диагноза заболевания (состояния) и другой информации, содержащейся в выписке из медицинской документации пациента;

3) лабораторная обработка биопсийного (операционного) материала осуществляется медицинским работником со средним медицинским образованием и включает в себя следующие процессы:

– окончательная фиксация, декальцинация, в случае выполнения срочного интраоперационного патологоанатомического исследования – изготовление замороженных блоков;

– проводка (обезвоживание и пропитывание парафином), заливка в

парафин с изготовлением парафиновых блоков;

- микротомия (изготовление парафиновых срезов, монтирование их на предметные стекла и высушивание);

- окраска (постановка реакции, определение) парафиновых срезов на предметном стекле, заключение их под покровное стекло и высушивание микропрепаратов, сортировка микропрепаратов;

4) микроскопическое изучение биопсийного (операционного) материала (микроскопия) проводится врачом-патологоанатомом.

При проведении патологоанатомического исследования в целях уточнения диагноза заболевания врачом-патологоанатомом дополнительно может быть назначено проведение:

1) дополнительных методов обработки исследуемого материала – гистохимических, иммуногистохимических, молекулярно-биологических, генетических и иных;

2) дополнительных методов микроскопии – поляризационной, флуоресцентной, трансмиссионной или сканирующей электронной и иных.

По окончании проведения прижизненного патологоанатомического исследования врач-патологоанатом вносит в протокол заключение, код диагноза по МКБ, а также комментарии к заключению и рекомендации при их наличии.

В диагностически сложных случаях, по согласованию с заведующим патологоанатомическим отделением, врачом-патологоанатомом могут привлекаться в качестве консультантов другие патологоанатомы.

Оригинал протокола направляется в медицинскую организацию, направившую биопсийный (операционный) материал на исследование, второй экземпляр протокола хранится в архиве патологоанатомического бюро (отделения).

Копия Протокола может быть выдана пациенту либо его законному представителю в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165).

Сроки выполнения прижизненных патологоанатомических исследований с момента приемки материала:

В зависимости от срока ответа биопсия может быть плановой и срочной. Срочная биопсия обычно производится в ходе хирургической операции для решения вопроса об объёме и характере оперативного вмешательства. Исследование срочных биопсий из-за особенностей гистологической обработки материала (быстрое глубокое охлаждение, приводящее к деформации ткани) имеет ограниченные возможности. В связи с этим в ряде случаев характер поражения остаётся неясным и окончательный диагноз ставится только после полной (плановой) проводки биопсийного материала.

Для прижизненной морфологической диагностики определены следующие сроки [15]:

1) для интраоперационного биопсийного (операционного) материала – не более 20 минут на один тканевой образец;

2) для биопсийного (операционного) материала и последов – не более 4 рабочих дней;

3) для биопсийного (операционного) материала, требующего декальцинации и (или) применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), изготовления дополнительных парафиновых срезов – не более 10 рабочих дней;

4) для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных иммуногистохимических, электронно-микроскопических, молекулярно-биологических, генетических методов исследования до 15 рабочих дней.

Патологоанатомическое заключение в результате исследования биопсийного или операционного материала может быть окончательным, предположительным и описательным.

Окончательное патогистологическое заключение – верификация у пациента конкретной болезни (нозологической формы) или патологического процесса. Оно оформляется в утвердительной форме.

Предположительное патогистологическое заключение – ориентировочный диагноз, позволяющий ограничить круг заболеваний при проведении дифференциальной диагностики (например, в срезах лимфатического узла эпителиоидно-клеточный гранулёмы без признаков некроза встречаются при туберкулёзе, саркоидозе и др.). В таких случаях требуется углублённое клиническое обследование или применение дополнительных морфологических методов.

Описательное патогистологическое заключение – вывод о характере общепатологического процесса (экссудативное воспаление, гиперпластические процессы и т. д.). Такой ответ чаще дается при неполном заборе материала для гистологического исследования или при недостаточном обследовании больного.

Особенности исследования некоторых биопсий.

Соскобы полости матки.

Правильная микроскопическая диагностика по соскобам из матки зависит от соблюдения ряда необходимых условий, которые следует учитывать врачу, производящему выскабливание и направляющему материал на исследование.

Прежде всего, врач-клиницист должен правильно определить период, наиболее благоприятный для диагностического выскабливания. Необходимо знать, что

- при бесплодии женщины с подозрением на недостаточность желтого тела или ановуляторный цикл соскоб берут непосредственно перед менструацией или при ее начале;

- при меноррагии, когда подозревается замедленное отторжение менструальной слизистой оболочки, соскоб берут на 5-10 день после начала

менструации (в зависимости от длительности кровотечения);

- при аменорее (если исключена беременность) показаны повторные штриховые соскобы на протяжении 3-4 недель с промежутками в одну неделю;

- при дисфункциональных ациклических кровотечениях типа метроррагий соскоб необходимо брать по возможности сразу после начала кровотечения. Здесь уместно вспомнить о железистой гиперплазии эндометрия, морфологическая картина которой сходна с эндометрием в фазу пролиферации. Поэтому отсутствие клинических данных о дне менструального цикла может привести к серьезному в плане исхода и лечения, но ошибочному диагнозу.

Врачу-патологоанатому также обязательно знать принимала ли женщина гормональные препараты и если да, то какие: эстрогены, прогестерон, комбинированные. Необходимо указывать и на наличие внутриматочной спирали, а также давность ее нахождения, т.к. из-за этого могут возникнуть изменения в виде хронического эндометрита, железистого полипа.

Результаты морфологического исследования соскоба в значительной мере зависят от того, как взят последний. Если на гистологическое исследование поступают раздробленные кусочки ткани, это затрудняет или делает невозможной оценку структуры эндометрия. Правильная техника выскабливания заключается в получении по возможности крупных, нераздробленных полосок эндометрия. Это достигается тем, что кюретку после проведения по стенке матки необходимо каждый раз выводить из цервикального канала. Удаленную при этом ткань бережно складывают на марлю, положенную на зеркало под шейку матки.

Биопсию эндометрия производят разными способами:

- путем полного диагностического выскабливания полости матки;
- в виде штрихов соскобов (цугов);
- с помощью аспирации кусочков тканей слизистой оболочки из полости матки (аспирационная биопсия).

Полное диагностическое выскабливание матки производят после расширения цервикального канала расширителем. Обычно выскабливание производят раздельно: сначала из цервикального канала, затем – из полости матки. Полученный материал помещают в фиксирующую жидкость в две отдельные баночки с пометкой, откуда он взят.

При кровотечении, особенно у женщин в климактерическом периоде или в менопаузе, следует выскаблить маленькой кюреткой трубные углы матки, так как именно в этих участках могут локализоваться полипозные разрастания эндометрия, в которых наиболее часто начинается малигнизация.

Если из цервикального канала или из полости матки уже при первых введениях кюретки удаляют мягкую, крошковидную ткань то ввиду подозрения на злокачественную опухоль дальнейшее выскабливание прекращают.

В гистологическую лабораторию необходимо отправлять весь полученный материал.

Штриховые соскобы эндометрия (цуги) берут, как правило, с целью определения реакции эндометрия на эндокринную функцию яичников, контроля гормональной терапии или выяснения причины бесплодия женщины. Методику цугов нельзя применять при маточных кровотечениях так как в таких случаях необходимо исследовать эндометрий с поверхности всех стенок полости матки. Перед введением кюретки полость матки зондируют.

Для получения цугов пользуются маленькой кюреткой, которую у рожавших женщин иногда удается ввести в полость матки достаточно легко (без расширения цервикального канала). У нерожавших женщин особенно при наличии у них инфантильной матки необходимо произвести расширение цервикального канала предварительно применив средства, расслабляющие область внутреннего зева (атропин, новокаин). При взятии цуга кюретку необходимо провести до дна матки, чтобы была захвачена сверху донизу слизистая оболочки, выстилающая все отделы матки.

Для получения обоснованного ответа гистолога по методике штрихового соскоба достаточно иметь 1-2 полоски эндометрия.

Аспирационная биопсия рекомендуется для массовых обследований женщин, преимущественно в целях выявления рака эндометрия. При подозрении на рак тела матки метод вакуум-биопсии не показан, так как при положительных результатах не позволяет установить локализацию и степень распространенности опухоли в матке, а отрицательные результаты не отвергают начальные формы бессимптомно протекающего рака.

Наиболее верным, надежным и единственно показанным диагностическим методом в данном случае является осторожное выскабливание всех стенок полости матки.

Гастробиопсии.

Гастрит может быть достоверно диагностирован только на основании результатов гистологического исследования прицельно взятых биоптатов слизистой оболочки желудка. При диагностике гастрита большое значение имеет топография поражения желудка. Термина хронический гастрит без указания топографии не должно быть вообще. Выраженные воспалительные изменения в антральном отделе и слабые в теле желудка указывают на возможность развития дуоденальной язвы, а преимущественное поражение фундальной слизистой оболочки при сохранности антральной – на возможное наличие аутоиммунного гастрита и пернициозной пневмонии. В связи с этим эндоскопическое исследование без гистологического анализа малоинформативно. Само по себе оно не позволяет поставить нозологический диагноз, поэтому грамотные врачи-эндоскописты в своих заключениях используют только описательные термины (инфильтрация, язва, гиперемия и т.д.). Порочная практика выставять диагнозы только на основании эндоскопического исследования (например, атрофический гастрит) без учета морфологии ведет к назначению неправильного лечения,

которое может быть не только неэффективным, но и способствовать ухудшению заболевания, поскольку в современных условиях каждый тип хронического гастрита требует особенных лечебных и профилактических мер от клинициста.

Для получения оптимальной информации образцы ткани берутся из разных отделов желудка: по два из антрального отдела (2-3см от привратника по большой и малой кривизне), по два из тела желудка (по большой и малой кривизне примерно в 8см от кардии) и один из угла желудка. Биопсии из тела желудка важны для контроля лечения. При неудачной терапии *H. pylori* и нейтрофилы часто исчезают из антрального отдела, но появляются в теле желудка. Значение биопсий из угла желудка определяется тем, что именно здесь чаще развиваются предраковые изменения. При этом следует помнить о необходимости маркировки биоптатов перед направлением их в гистологическую лабораторию.

При изучении биоптатов, полученных у больных с хронической язвой желудка, в первую очередь необходимо исключить рак. Поскольку малигнизация может наблюдаться лишь в отдельных участках дна и краев язвы, для получения достоверной информации биопсии непременно должны быть множественными, в количестве не менее 6. Взятие меньшего количества кусочков недопустимо. «Одиночная биопсия из язвы может быть не только бесполезной, но и вредной для больного».

Исследуя гастробиопсии можно оценить ход репаративных процессов, увидеть их нарушения, обнаружить предраковые изменения слизистой оболочки. При выявлении признаков тяжелой эпителиальной дисплазии следует произвести повторные и обязательно множественные биопсии из измененных участков, т.к. тяжелая дисплазия зачастую сочетается с раком желудка.

Биопсии кожи.

Чаще всего морфологическое исследование кожи проводят с диагностической целью. Правильность патологоанатомического заключения во многом зависит от соблюдения определенных условий при взятии биопсий. Биоптат должен по возможности включать весь участок пораженной кожи, если он небольшой. Если очаг больших размеров, то кусочек должен быть взят из центра, где изменения, как правило, более выраженные, при некрозе кусочек надо брать из жизнеспособной зоны поражения. Производить биопсию необходимо достаточно глубоко, особенно в тех случаях, когда процесс локализуется в глубоких отделах кожи (васкулит, панникулит, дерматомиозит и др.).

Количество фиксатора (10% нейтральный формалин) должно в 50 раз превышать объем биоптата.

Хотя гистологическое исследование – один из наиболее ценных диагностических методов в дерматологии, точный диагноз не всегда может быть установлен. Часто морфологические изменения позволяют сделать предположительное заключение, так как ряд заболеваний не имеет специфических гистологических признаков (например, розовый лишай,

парапсориаз, различные формы экземы). Тем не менее, даже в тех случаях, когда микроскопическая картина не является характерной, поставить правильный диагноз позволяет анализ клинических данных. Естественно, это возможно лишь в том случае, если предоставленная патологоанатому клиническая информация будет максимально подробной.

Таким образом, несмотря на то, что гистологические методы в настоящее время являются наиболее достоверными для постановки точного диагноза, это не устраняет необходимости в сборе клинической информации. Только интеграция всех морфологических и клинических данных, полученных при тесном сотрудничестве клиницистов и патологоанатомов, служит гарантией достижения конечной цели – установления точного и полного диагноза и обеспечения адекватного лечения больных.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Несмотря на то, что цитология – это специальность врачей клинических лабораторий, зачастую в роли клинического цитолога выступает патологоанатом, освоивший этот метод диагностики.

Цитологическому исследованию подвергаются пунктаты из опухолей, внутренних органов, секретов, экссудатов. Производится также исследование отпечатков с поверхности ран, опухолей, смывов слизистых оболочек (бронхиоло-альвеолярный лаваж), раневых поверхностей. Цитологический метод, в сравнении с гистологическим, обладает как преимуществами, так и недостатками. Он менее дорогой и не такой длительный. Однако, до настоящего времени еще не окончательно разработаны цитологические критерии для многих видов патологических процессов. Цитологи нередко констатируют наличие или отсутствие злокачественных опухолей без указания их цитогенеза. При этом отсутствие гистологического контроля может привести к серьезным ошибкам, поскольку лечебная тактика в отношении многих опухолей определяется морфологической картиной опухоли, в частности ее цитогенезом. Поэтому цитологический и гистологический методы диагностики должны дополнять друг друга.

При получении цитологического мазка, фиксация его перед отправлением в лабораторию требуется лишь при определенных методиках окраски. Чаще всего мазок высушивают на воздухе, карандашом на матовой поверхности стекла делают соответствующую маркировку и в таком виде отправляют клиническому цитологу. Жидкость, полученная из плевральной, брюшной полостей, должна вся немедленно, без фиксации, направляться на исследование. В тех случаях, когда это неосуществимо, для хранения следует добавить к ней равное количество спирта-ректификата.

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Диагноз – медицинское заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими

классификациями и номенклатурой болезней.

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

Выделяют четыре основных вида диагноза: клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский и эпидемиологический.

Для чего нужно правильно оформлять диагноз?

1. Для систематизации полученных анамнестических и клинических сведений о больном. В результате их анализа, обобщения и сравнения врач устанавливает причинно-следственные отношения между имеющимися фактами с выделением основных единиц материала. Решение этой задачи делает возможным назначение и проведение лечения, а при необходимости – противоэпидемических мероприятий.

2. Точное соблюдение правил оформления клинических и патологоанатомических диагнозов необходимо для получения достоверных статистических данных о причинах смерти населения, качестве лечебной и диагностической работы медицинских учреждений.

3. Диагноз является важнейшей частью медицинской документации, на основании которой решаются экономические вопросы страховой медицины, оценивается медицинская помощь при принятии решений юридического характера.

4. Понятный и полноценный диагноз нужен для предоставления информации при передаче пациента для наблюдения или лечения в иной стационар (поликлинику) или другим специалистам.

5. Унификация оформления клинического и патологоанатомического диагнозов делает возможным их сопоставление при проведении клинико-анатомического анализа.

6. Диагноз в истории болезни, амбулаторной карте, протоколе патологоанатомического или судебно-медицинского исследования служит критерием качества работы врача, показателем его профессионального уровня.

Диагноз является интегральным выражением представления врача-специалиста о состоянии здоровья пациента и об имеющемся заболевании (травме, состоянии) на основании данных, полученных в результате *диагностики*, представляющей собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий [18, статья 2, часть 7].

Исходя из вышеизложенных положений федерального законодательства, **диагноз наделен разнообразными функциями:**

1) *медицинской*: диагноз является обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогноза

развития заболевания [18];

2) *социальной*: диагноз является обоснованием для медицинской экспертизы (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи) [18, статья 58];

3) *экономической*: диагноз является основой для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи [18, статья 37] и клинических рекомендаций (протоколов лечения) [18, статья 76, часть 2].

4) *статистической*: диагноз является источником государственной статистики заболеваемости и причин смерти населения [18, статья 80, часть 7; статья 81, часть 4, пункт 3].

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов являются едиными. Соблюдение этих требований должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях. Без этого невозможны статистический анализ, разработка мер профилактики заболеваний, определение направлений развития медицинской науки и практики.

С 1 января 1993г. в работе учреждений здравоохранения Российской федерации применяется десятый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), рекомендованный на 43-й сессии ВОЗ. Данная классификация, созданная на основе разных принципов (нозологический, органо-системный, синдромный, этиологический, патогенетический), не всегда удобна в практической работе. Но это не отменяет основное правило формулировки клинического и патологоанатомического диагноза – соответствие его требованиям МКБ-10. Согласно этому диагноз начинается с «ключевых слов» – нозологической единицы (основное заболевание), имеющейся в номенклатуре болезней и доступной для кодирования [Г.Г. Автандилов 2004]. Господство нозологического принципа при составлении и формулировке диагноза общепризнано. В настоящее время выделено более 30 000 нозологических единиц.

Нозологическая форма – совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией, патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния [7].

Поскольку МКБ-10 содержит не только нозологические единицы, но синдромы, патологические состояния, условия получения травм и т.п., не вся включенная в нее патология может выступать в качестве основного заболевания.

Синдром – состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома (Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»).

Таким образом, основным отличием синдрома от нозологической единицы является отсутствие у него определенной, специфической этиологии. Один и тот же синдром может включаться в несколько нозологических форм. Синдромный подход к распознаванию болезней не может заменить нозологического. Синдромным должно быть мышление, диагноз же должен быть нозологическим. Однако в ряде случаев в связи с недостаточной изученностью этиологии и патогенеза нозологии диагноз вынужденно возглавляется не нозологической единицей, а её эквивалентом – синдромом (синдром Гудпасчера, Кавасаки, Такаясу и т.д.).

Кроме нозологического в основе построения клинического и патологоанатомического диагнозов должны лежать такие общие принципы, как этиологический и патогенетический. Как клинический, так и патологоанатомический диагноз не должны сводиться к беспорядочному перечислению выявленных заболеваний, патологических процессов, симптомов, синдромов. Одним из обязательных условий правильного оформления диагноза, должна быть патогенетическая и хронологическая (временная) последовательность звеньев патологического процесса, раскрывающая их причинно-следственные отношения.

Важнейшим требованием к оформлению диагноза является его структурность. Диагноз должен быть рубрифицирован, т. е. все патологические процессы располагаются в нем в соответствующих рубриках. Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны иметь три рубрики:

- 1. Основное заболевание.**
- 2. Осложнения основного заболевания.**
- 3. Сопутствующие заболевания.**

Нерубрифицированные диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа и не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов). Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный и в таком случае, независимо от результатов патологоанатомического вскрытия, выставляется расхождение диагнозов по субъективной причине – неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

Определение основного заболевания учитывает различные ситуации в клинической практике.

Основное заболевание – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти [18].

В качестве основного заболевания могут выступать две и более нозологических единицы.

В рубрике диагноза «Основное заболевание» на первом месте всегда должна стоять нозологическая единица (заболевание, травма, если это невозможно – синдром), имеющая код в МКБ-10. Далее идет уточнение ее формы, перечень проявлений, которые дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными.

Осложнения основного заболевания – патологические процессы, которые патогенетически связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями.

Осложнения основного заболевания утяжеляют течение основного заболевания и, нередко, являются непосредственной причиной смерти.

Проявления основного заболевания специфичны, характерны для него и часто стереотипны. Их перечень даёт основания диагностировать данную нозологию. Осложнения индивидуальны в каждом конкретном случае. Своим наличием или отсутствием они не влияют на диагноз основного заболевания. Граница между понятиями «проявление» и «осложнение» основного заболевания не всегда четко прослеживается. Например, пневмосклероз и спайки в плевральных полостях логично считать осложнениями туберкулёза, однако можно расценить их в качестве проявлений основного заболевания.

Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности.

Все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства, рассматриваются как послеоперационные.

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют важнейшее – непосредственную причину смерти (смертельное осложнение). Для статистического учёта необходимо выделить только одной непосредственной причины смерти.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются отдельной подрубрикой после «Осложнений основного заболевания».

Сопутствующее заболевание – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже – синдромами). По поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-

диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.

По поводу сопутствующих заболеваний могли производиться лечебные и диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.

Основное заболевание может быть представлено двумя и более нозологическими единицами. В таких случаях применяется понятие «коморбидные заболевания». Это прочие, помимо основного заболевания, важные заболевания, у одного пациента, потребовавшие оказания медицинской помощи, а при летальном исходе – несомненно способствовавшие смерти [6]. К ним относятся конкурирующие, сочетанные и фоновые заболевания.

Конкурирующие заболевания – две одновременно имеющиеся у больного нозологические единицы, каждая из которых в отдельности могла бы привести к смерти.

Сочетанные заболевания – нозологические единицы, случайно совпавшие по времени, каждая из которых в отдельности в данных условиях не могла привести к смерти, но в совокупности они становятся причиной летального исхода.

Фоновым заболеванием является такое, которое способствовало развитию или отягощало течение основного заболевания и его осложнений.

При оформлении диагноза при коморбидности в заключительном клиническом, патологоанатомическом первую рубрику обозначают как «Основное заболевание», далее указывают: конкурирующее заболевание (заболевания), или сочетанное заболевание, или фоновое заболевание. Все рубрики диагноза перечисляют с новой строки. В составе такого диагноза в большинстве статистических разработок учитывается только та нозологическая форма, которая выставлена на первом месте – в рубрике «Основное заболевание». Поэтому среди конкурирующих или сочетанных заболеваний следует отдавать предпочтение той нозологии, которая имеет наибольшую вероятность быть причиной смерти, более значима в социальном аспекте, потребовала больших экономических затрат, была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе.

Непосредственная причина смерти – смертельное (главное) осложнение, реже – само основное заболевание, непосредственно приведшее к летальному исходу.

В процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться. Поэтому не допускается указание в качестве основного заболевания тех нозологических единиц, которые были диагностированы на предшествующих этапах лечебно-диагностического процесса, и которые не оказали ведущего влияния на состояние больного в данный момент или не явились причиной смерти.

В качестве основного заболевания в диагнозе не допускается указывать такие групповые понятия как «ишемическая болезнь сердца», «ХИБС», «цереброваскулярная болезнь», «хроническая обструктивная болезнь легких»

и др. без последующего уточнения конкретной нозологической единицы (острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, ишемический инфаркт головного мозга, хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения и т.д.).

В патологоанатомических диагнозах родовые понятия не употребляются вообще. Каждую рубрику диагноза необходимо начинать с конкретной нозологической единицы (если это невозможно – с синдрома и др.).

Не следует использовать в любой рубрике диагноза некорректные и неточные термины: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит», «инфаркт-пневмония» и др.

Не допускается употреблять в любой рубрике диагноза термины «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения поражения конкретных артерий. Только атеросклероз аорты, почечных артерий, артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе в качестве основного, фонового, сочетанного, конкурирующего заболеваний при наличии связанных с ними осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др.).

Не допускается представлять в диагнозе атеросклероз как фоновое заболевание для ишемических поражений сердца, головного мозга, кишечника и др., так как эти органные поражения выделены как самостоятельные нозологические единицы. Атеросклероз артерий этих органов указывается в соответствующей рубрике диагноза в качестве проявления конкретной нозологической единицы. Атеросклероз при разных формах артериальной гипертензии или сахарного диабета может быть проявлением этих болезней (макроангиопатия). В таких случаях атеросклероз аорты и артерий может быть указан как проявление артериальной гипертензии и сахарного диабета, наряду с микроангиопатией.

Не следует употреблять в диагнозе сокращения, за исключением традиционных и общепринятых (ИБС, ХОБЛ, ТЭЛА и некоторые другие), хотя и это нежелательно.

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (с указанием времени проведения) указываются в хронологическом порядке после патологических процессов, по поводу которых они проводились.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием времени проведения и др.), а также обусловленные ими осложнения, указываются отдельной подрубрикой после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания».

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ИБС (или коронарная болезнь сердца) – групповое (родовое)

понятие, включающее патологические процессы (нозологические формы), возникающие вследствие острой или хронической ишемии миокарда (несоответствия уровня снабжения оксигенированной кровью уровню потребности в ней сердечной мышцы), обусловленной спазмом, сужением или обструкцией коронарных артерий при их атеросклерозе. Ишемическая болезнь сердца является не нозологической единицей, а групповым понятием, включающим различные варианты стенокардии, инфаркта миокарда, кардиосклероза и др.

Современная клиническая классификация ИБС не во всем соответствует морфологической и МКБ-10:

1. Острые формы ИБС:

1.1. Острая (внезапная) коронарная смерть;

1.2. Острый коронарный синдром:

1.2.1.. Нестабильная стенокардия; 7

1.2.2. Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (non-ST-elevation myocardial infarction - NSTEMI);

1.2.3. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ST-elevation myocardial infarction - STEMI).

2. Хронические формы ИБС:

2.1. Стенокардия (кроме нестабильной),

2.2. Атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз;

2.3. Ишемическая кардиомиопатия;

2.4. Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз;

2.5. Хроническая аневризма сердца.

2.6. Другие редкие формы (безболевого ишемия миокарда и др.).

Использование термина «ИБС» или «ХИБС» в начале рубрики основного заболевания является неверным. В клиническом и патологоанатомическом диагнозе на первом месте в рубрике основного заболевания должна быть указана нозологическая единица, подлежащая кодированию по МКБ-10 (острый или повторный инфаркт миокарда, крупноочаговый кардиосклероз и т.п.).

Нозологические единицы из группы ИБС исключают, если выявленные повреждения миокарда (синдром стенокардии, инфаркт миокарда, кардиосклероз) обусловлены не атеросклерозом коронарных артерий, а другими причинами (коронарогенные и некоронарогенные некрозы и их исходы). В таких случаях поражение миокарда указывают в диагнозе в рубрике «Осложнения основного заболевания», или, когда это диктует логика построения диагноза, в составе проявлений основного заболевания.

Острая (внезапная) коронарная смерть – внезапная смерть в течение одного часа с момента возникновения первых симптомов ишемии миокарда при ИБС.

Понятие «острая (внезапная) сердечная смерть» определяют как внезапную «кардиальную» смерть, первым проявлением которой служит потеря сознания в пределах одного часа с момента возникновения первых симптомов. Чаще она обусловлена летальными аритмиями (желудочковой тахикардией, переходящей в фибрилляцию желудочков, первичной

фибрилляцией желудочков, брадиаритмиями с асистолией). Внезапная сердечная смерть – широкое групповое понятие, клинический синдром при многих поражениях сердца (нозологические единицы из групп ИБС, пороков развития сердца и сосудов, миокардиты, кардиомиопатии, синдромы Вольфа-Паркинсона-Уайта, Бругада, удлинения интервала Q-T и др.). Диагноз «Внезапная сердечная смерть» следует использовать в диагнозе в крайне редких случаях, когда характер патологического процесса (заболевания) и соответствующего морфологического субстрата, лежащего в основе поражения сердца, не удастся установить, при стопроцентном исключении насильственного характера смерти. Внезапная (острая) коронарная смерть является наиболее частой разновидностью внезапной сердечной смерти.

Острый коронарный синдром (ОКС) – групповое клиническое понятие, которое объединяет различные проявления острой ишемии миокарда, обусловленные осложненной нестабильной атеросклеротической бляшкой коронарной артерии сердца. Введение в практику понятия ОКС привело к исключению из употребления термина «острая коронарная недостаточность», который пока фигурирует в МКБ-10. Термин «острая коронарная недостаточность» в диагнозе не используются.

К ОКС относят:

- нестабильную стенокардию;
- инфаркт миокарда без подъема сегмента ST;
- инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.

Они могут завершиться острой (внезапной) коронарной (сердечной) смертью. ОКС является групповым понятием, отсутствующим в МКБ-10, поэтому не может фигурировать в заключительном диагнозе. Это предварительный диагноз, необходимый для проведения экстренных лечебно-диагностических мероприятий. При летальном исходе не может быть указана в диагнозе и нестабильная стенокардия. В заключительном клиническом, патологоанатомическом или судебно-медицинском диагнозах должны быть записаны либо острая (внезапная) коронарная смерть, либо инфаркт миокарда. Осложненная (чаще нестабильная) атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца – обязательный морфологический критерий диагностики нозологических форм, включенных в ОКС.

Стенокардия представляет собой группу выделяемых клинически нозологических единиц. Ее морфологическим субстратом могут быть различные изменения миокарда. В заключительном клиническом, патологоанатомическом и судебно-медицинском диагнозе в качестве основного заболевания стенокардия не употребляется.

Инфаркт миокарда – коронарогенный (ишемический) некроз миокарда, который может быть как нозологической формой в составе ИБС, так и проявлением или осложнением различных заболеваний или травм, сопровождающихся нарушениями коронарного кровотока. Острым считается инфаркт миокарда давностью не более 28 суток. Рецидивирующим называется инфаркт миокарда при повторении ишемического приступа более, чем через 3 суток и менее, чем через 28 суток после предыдущего.

Повторный инфаркт миокарда развивается через 28 суток после первичного.

Единственным специфическим морфологическим диагностическим критерием инфаркта миокарда как нозологической формы в составе ИБС является осложненная, преимущественно, нестабильная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца. В других случаях квалификация некроза миокарда должна быть результатом клинико-морфологического анализа.

Ишемическая кардиомиопатия развивается в результате длительной хронической ишемии миокарда с диффузным атеросклеротическим кардиосклерозом. Этот диагноз устанавливается при выраженной дилатации полости левого желудочка с нарушением систолической функции (фракция выброса 35% и ниже).

К группе ИБС не относятся ишемические повреждения миокарда (инфаркт миокарда) и их исходы (кардиосклероз), вызванные:

- воспалительными заболеваниями коронарных артерий – тромбоваскулитами и склерозом при ревматических болезнях, инфекционных и аллергических заболеваниях и т.д.;
- васкулопатиями с утолщением интимы и медики коронарных артерий при метаболических нарушениях, (гомоцистеинурия, болезнь Фабри, амилоидоз, ювенильный кальциноз артерий и т.д.);
- пороками развития сердца и его сосудов;
- тромбоэмболическими осложнениями других заболеваний (например, инфекционного или ревматического эндокардитов);
- миокардитами;
- врожденными и приобретенными состояниями с гиперкоагуляцией крови (ДВС-синдром, паранеопластический синдром, антифосфолипидный синдром, эритремия, тромбоцитоз, сгущение крови и т.д.);
- употреблением наркотиков;
- нарушениями структурной геометрии сердца с локальным выраженным снижением коронарного кровотока при кардиомиопатиях, гипертрофии миокарда любого генеза;
- травмами;
- новообразованиями сердца или метастазами опухолей.

В таких случаях в качестве основного выступает заболевание, послужившее причиной ишемии миокарда, которая вносится в рубрику «Осложнения основного заболевания».

Атеросклероз артерий головного мозга, сердца, и кишечника выделен в качестве самостоятельных нозологических единиц, которые не следует представлять в диагнозе как фоновые или сопутствующие заболевания. Эти формы атеросклероза вносятся в рубрику «Основное заболевание» после ведущей нозологической формы – инфаркта мозга, инфаркта миокарда, кардиосклероза, инфаркта кишечника и др.

Если сахарный диабет и/или артериальная гипертензия диагностированы

клинически и морфологически, то атеросклероз может быть расценен как проявление этих болезней (макроангиопатия и микроангиопатия).

В случаях смерти от одной из форм ишемической болезни сердца или цереброваскулярных болезней, сахарный диабет и гипертоническая болезнь, как правило, выступают в качестве фоновых заболеваний.

В качестве основного заболевания гипертоническая болезнь может выступать в случае смерти от почечной недостаточности, обусловленной нефросклерозом или смерти от сердечной недостаточности вследствие диффузного кардиосклероза.

Требования к оформлению диагноза при цереброваскулярных болезнях подобны таковым при ИБС. Из группы цереброваскулярных болезней исключают патологические процессы в ЦНС, обусловленные: различного рода васкулитами, тромбоэмболическими осложнениями эндокардитов, атеросклероза аорты, травмой, опухолями и пр. По сути, в подавляющем большинстве случаев под цереброваскулярными заболеваниями подразумевают церебральный атеросклероз и гипертоническую болезнь. К ним также относят нарушения мозгового кровообращения, развившиеся в результате разрывов аневризм или мальформаций сосудов головного мозга. В этих случаях в качестве основного заболевания чаще выступают «ишемический инфаркт головного мозга» или «внутричерепное кровоизлияние». Атеросклероз церебральных артерий, остаточные явления после нарушений мозгового кровообращения также вносятся в рубрику основного заболевания.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Новообразование занимает в диагнозе место основного заболевания лишь в тех случаях, когда оно через свои осложнения привело к смерти. Если же смертельное осложнение не связано с опухолевым процессом, новообразование указывают в рубриках «Сопутствующего» или «Фонового» заболеваний.

Тяжесть состояния пациентов при онкологической патологии обусловлена осложнениями, вызванными опухолью. Одно из них рассматривается в качестве непосредственной причины смерти и его следует выделять в клиническом и патологоанатомическом диагнозе. Формулировки типа «смерть наступила от рака желудка» являются примитивными и недопустимы.

Осложнения, развивающиеся у онкологических больных, можно разделить на восемь групп:

1. Связанные с прогрессированием онкологического процесса (канцероматоз).
2. Кахексия.
3. Процессы инфекционно-воспалительного характера (пневмонии, сепсис и т. п.).
4. Кровотечение, постгеморрагическая анемия.
5. Поражение жизненно-важных органов опухолью, метастазами.
6. Амилоидоз.
7. Осложнения, вызванные паранеопластическими синдромами.
8. Связанные с проводимым консервативным или оперативным

лечением.

При диагностике опухолевых процессов должна быть точно указана анатомическая локализация новообразования (если орган парный – справа или слева), а при морфологическом анализе – разновидность опухоли с учетом её гистогенеза. Не следует в диагнозе употреблять неточные по локализации и существу формулировки новообразований: «рак неустановленной локализации», «опухоль почки», «опухоль ворот печени», «опухоль головного мозга», «рак гепатодуоденальной зоны», «цирроз-рак печени», «рак крови» «глиобластома головного мозга» и т.п.

Метастазы опухоли считаются проявлениями, а не осложнениями онкологического процесса, поэтому вносятся в диагноз в одну с ним рубрику. У больных с онкологическими заболеваниями очень важно дифференцировать патологические процессы в органах пищеварения, дыхания, кровообращения и других системах, относящиеся к паранеопластическим синдромам и развившиеся в терминальном периоде заболевания (например: нарушения свертываемости крови и др.), а также являющиеся самостоятельными болезнями этих органов, совпавшие с ними по времени (заболевания из группы ИБС и др.). В первом случае, например, инфаркт миокарда нужно ставить в рубрику «Осложнения» (гиперкоагуляционный синдром, приведший к тромбозу коронарной артерии). Во втором случае инфаркт миокарда – нозологическая единица из группы ИБС, которую можно поместить в рубрику «Комбинированного основного заболевания» в качестве конкурирующего, сочетанного или фонового.

В случаях вышеуказанных ошибочных формулировок клинического диагноза, независимо от результатов вскрытия, при сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов выставляется расхождение диагнозов. Если в истории болезни есть сведения, позволяющие правильно сформулировать заключительный клинический диагноз, указывается причина его расхождения – «неверная формулировка клинического диагноза».

В диагнозе, для тех опухолей, где это необходимо в соответствии с современными классификациями, требуется указать стадию злокачественного новообразования по международной системе TNM (стадии онкологического заболевания, обозначаемые цифрами «1, 2, 3, 4» – не удовлетворяют современной формулировке диагноза).

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Болезни органов дыхания встречаются у 8-15% умерших в стационарах больных. Формулировка заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов при болезнях органов дыхания, имеет ряд особенностей. Например, в рубрификациях пневмонии преобладает этиологический принцип кодирования, поэтому в специализированных отделениях (клиниках) необходимы бактериологические исследования для установления этиологии пневмонии, и, следовательно, использование соответствующих кодов МКБ-10. Во всех остальных случаях, когда возбудителя пневмонии установить не удастся, следует использовать термин «бронхопневмония» и «долевая» или

«крупозная пневмония».

Основным или коморбидным заболеваниями являются следующие пневмонии:

- вирусные пневмонии, кроме гриппа;
- долевые пневмонии (устаревшее: «крупозные пневмонии») и тяжелые очаговые (очаговые сливные) бактериальные пневмонии при отсутствии заболеваний, когда пневмонию следует расценивать как их осложнение или проявление;
- вирусно-бактериальные пневмонии, кроме гриппа;
- пневмонии, вызванные определенными возбудителями (микоплазмы, хламидии, легионеллы, коксиелла Бернетта).

Очаговая пневмония (бронхопневмония) в большинстве случаев – осложнение основного заболевания. Исключением являются очаговые пневмонии как проявления ряда заболеваний (грипп, обострения хронических обструктивных болезней легких и др.). При этом в диагнозе очаговая (бронхо-) пневмония указывается в рубрике основного заболевания как одно из его проявлений. При этом шифруется основное заболевание: грипп с пневмонией, хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с бронхопневмонией и т.д.

Диагноз «Гипостатическая пневмония неуточненная» не может рассматриваться в качестве основного или коморбидного заболеваний, такая пневмония указывается в рубрике «Осложнения основного заболевания». Термины «гипостатическая», как и «послеоперационная», «застойная» в диагнозе не употребляются.

Долевая (плевропневмония) всегда является основным заболеванием. По МКБ-10 она шифруется с кодом J18.1 – «долевая пневмония неуточненная». Поскольку в основе классификации пневмоний в МКБ-10 лежит этиологический принцип, необходима верификация в клинике и на аутопсии её возбудителя.

Понятие «хроническая пневмония» в современных классификациях болезней легких и в МК-10 отсутствует и в диагнозе не употребляется.

В МКБ-10 не предусмотрено подразделение и кодирование пневмоний на внебольничные и нозокомиальные (госпитальные, внутрибольничные).

Согласно рекомендациям Российского респираторного общества (2010), внебольничная пневмония – это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации.

Тяжелые внебольничные пневмонии, особенно у лиц пожилого возраста даже при наличии коморбидных заболеваний (онкологических и гематологических, сердечно-сосудистых, сахарного диабета, заболеваний почек и печени, ХОБЛ, алкоголизма и хронической алкогольной интоксикации, вирусных инфекций и др.) могут в виде исключения, с учетом этиологии пневмонии и других факторов, расцениваться как основное заболевания.

Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии, как правило,

являются вторичными пневмониями, т.е. осложнением основного заболевания. Термин «внутрибольничная» употреблять в диагнозе не рекомендуется.

Термин «хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ)» устарел и не применяется. В настоящее время выделена группа нозологических единиц «хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ)», бронхоэктазы (бронхоэктатическая болезнь) и абсцесс легкого. Вместо термина «хроническая пневмония» употребляется «хроническая обструктивная болезнь легких в стадии обострения с бронхопневмонией».

Клинически при ХОБЛ (данные спирометрии) определяется прогрессирующая необратимая обструкция дыхательных путей, ведущая к развитию дыхательной или легочно-сердечной недостаточности. Кроме того, ХОБЛ, в отличие от старческой (сенильной) инволюцией легких, осложняется прогрессирующей вторичной легочной гипертензией и формированием легочного сердца. ХОБЛ в патологоанатомическом диагнозе может занимать позиции **основного заболевания или при коморбидном состоянии – конкурирующего или сочетанного, а также сопутствующего.**

Хронический обструктивный бронхит (его клиничко-морфологическая форма, стадия течения, наличие бронхопневмонии при обострении, её этиология), хроническая обструктивная эмфизема легких, диффузный (перибронхиальный) пневмосклероз (при их верификации), а также внелегочные синдромы – проявления этой группы заболеваний: хроническое легочное сердце, обменные нарушения – вот те современные положения, которые необходимы для правильной формулировки диагноза ХОБЛ.

Не допускается использовать как нозологическую единицу термин «хроническая обструктивная эмфизема легких», поскольку в современных условиях имеется рубрика: «хроническая обструктивная болезнь легких с хронической обструктивной эмфиземой легких».

В отдельную рубрику в МКБ-10 пересмотра выделена аспирационная пневмония, вместе с поражением бронхолегочных структур под воздействием желудочного сока (J69). Синдром Мендельсона (аспирация желудочного содержимого с химическим ожогом дыхательных путей и альвеол) имеет свой код (J95.4). Такая пневмония может быть в отдельных случаях основным заболеванием (ятрогенное осложнение при медицинских манипуляциях и др.), но обычно расценивается как осложнение основного заболевания и непосредственная причина смерти, которая не кодируется.

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Большая часть заболеваний органов пищеварения, выступающих в качестве основных нозологических единиц в составе заключительного клинического и патологоанатомического диагноза, относится к хирургической патологии. Рекомендуется основным заболеванием считать то, по поводу которого была проведена операция в период последнего обращения за медицинской помощью (для амбулаторных больных – в

пределах последнего месяца после выписки из стационара, если нет иных факторов, кроме времени), либо оценивать его как один из компонентов комбинированного диагноза. При коморбидности в составе комбинированного основного заболевания (среди конкурирующих или сочетанных заболеваний), при котором одна из нозологий хирургическая, следует на первое место ставить то, которое явилось непосредственной причиной смерти. Если этот вопрос спорный, или у патологоанатома нет убедительных доказательств, сохраняется тот порядок, который имелся в клиническом диагнозе.

При оформлении заключительного диагноза хирурги склонны совершать две ошибки: либо на первом месте, в качестве основного заболевания, выставляется терапевтическая патология, не являющаяся причиной смерти (с целью вывести из статистических данных хирургическую летальность), либо, в случаях смерти от терапевтического заболевания, во главе диагноза выставляется хирургическая нозология, что связано с неадекватно строгим учетом хирургической летальности и пожеланиями страховых компаний.

В таких ситуациях наиболее объективную позицию имеет возможность занять патологоанатом, который после обсуждения с опытными хирургами и другими специалистами, должен вынести свое аргументированное заключение.

В заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах в случаях смерти после операций, после нозологической формы хирургического заболевания обязательно вносится операция – вид хирургического вмешательства (если необходимо – его особенности), дата ее проведения. Если выполнялось несколько операций, они указываются в их временной (хронологической) последовательности. Если одна или несколько хирургических операций производились по поводу осложнений, то они указываются в диагнозе подрубкой осложнений после формулировки самого осложнения.

Термин «состояние после операции», не применяется. Он вводит в заблуждение, так как наличие его в диагнозе может ошибочно восприниматься экспертами страховых компаний, другими лицами (в том числе и следственными органами) как некачественно проведенная операция, то есть ятрогенная патология, развившаяся в постоперационном периоде. Если после хирургического вмешательства действительно возникло какое-либо тяжелое состояние, то, в зависимости от его нозологии, оно квалифицируется либо как осложнение, либо, как ятрогенная патология.

В случаях, когда основным процессом является хроническое воспалительное заболевание в стадии обострения (холецистит, аппендицит и др.), в диагноз вносится и кодируется по МКБ-10 его острая форма.

Острые язвы и эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть основным заболеванием лишь в исключительных случаях, при отсутствии каких-либо болезней, для которых такие поражения желудочно-кишечного тракта являются проявлением или осложнением.

В зависимости от наличия или отсутствия желчнокаменной болезни

холециститы кодируются по-разному. Рекомендуется при желчнокаменной болезни начинать диагноз с этого термина с последующей его расшифровкой. При этом не является ошибкой и начало диагноза с термина калькулезный холецистит при отсутствии прочих камней в протоках. Диагноз желчнокаменной болезни, а не калькулезного холецистита, принято устанавливать только при сочетании калькулезного холецистита с камнями желчных протоков (вне- и внутрипеченочных, за исключением пузырного), а также при обнаружении камней только в желчных протоках, кроме пузырного

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ, ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

В настоящее время выделена алкогольная болезнь, представляющая собой групповое понятие, в которое входят:

- острая алкогольная интоксикация – отравление алкоголем или его суррогатами;
- хроническая алкогольная интоксикация с алкогольным поражением органов (алкогольные висцеропатии);
- хронический алкоголизм.

Отравление алкоголем (этанолом) и его суррогатами является предметом судебно-медицинской экспертизы, все другие случаи направляются на патологоанатомическое вскрытие.

Диагноз «хронический алкоголизм» может быть выставлен в любой рубрике диагноза, но только в следующих случаях:

- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись специалиста (врача-психиатра или нарколога) об установлении диагноза «хронический алкоголизм»;
- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись об алкогольном делирии или иных формах алкогольного психоза;
- в медицинской карте амбулаторного или стационарного больного имеется запись о том, что больной проходил лечение или состоит на учете по поводу хронического алкоголизма.

Таким образом, диагноз «хронический алкоголизм» является исключительно прижизненным и только психиатрическим. Хронический алкоголизм указывают в качестве основного заболевания, если он сам или его осложнения явились причиной оказания медицинской помощи или привели к летальному исходу. Если больной скончался от соматического заболевания алкогольной этиологии, не связанного с психическими нарушениями, то это заболевание учитывается как основное. Наличие патологических процессов, вызванных алкоголем и не имевших значения в танатогенезе, указывается в рубрике «Сопутствующие заболевания».

В отличие от хронического алкоголизма, диагноз «хроническая алкогольная интоксикация» может и должен быть впервые выставлен врачом.

При хроническом алкоголизме и хронической алкогольной интоксикации в зависимости от тяжести поражения на первый план обычно

выходит преимущественная патология одного из органов (орган-мишень). Алкогольная патология органа-мишени является основным заболеванием в случаях летальных исходов. Изменения других органов и систем, но уступающих по тяжести и роли в танатогенезе также помещаются в рубрику основного заболевания, как проявления алкогольной болезни.

Хроническая алкогольная интоксикация – висцеральные проявления длительного токсического воздействия алкоголя и его метаболитов, при котором в той или иной степени поражаются практически все органы и системы. После указания в диагнозе этого группового понятия и двоеточия, далее в порядке убывания тяжести поражения перечисляется алкогольная органная патология. Это – алкогольные кардиомиопатия, энцефалопатия, полинейропатия, алкогольные поражения печени (гепатоз, гепатит, цирроз), поджелудочной железы (острые и хронические), желудка (атрофический гастрит), почек (IgA-нефрит) и др.

Пневмония у больных хроническим алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией, согласно МКБ-10, указывается в рубрике «Осложнения основного заболевания» (часто бывает смертельным осложнением – непосредственной причиной смерти), за исключением случаев хронического обструктивного бронхита в стадии обострения с бронхопневмонией, а также долевой пневмонии, которые традиционно выставляются как основное заболевание. При этом хронический алкоголизм или хроническая алкогольная интоксикация с перечислением прочих органных поражений помещаются в рубрику фонового заболевания.

ХОБЛ могут входить в состав органных поражений при алкогольной болезни. Однако общепринятое мнение по этому вопросу и соответствующие коды МКБ-10 для алкогольных болезней легких отсутствуют. Поэтому, при хроническом алкоголизме или хронической алкогольной интоксикации с полиорганными проявлениями, нозологические единицы из группы ХОБЛ указывают в других рубриках диагноза (основное или сопутствующие заболевания).

ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Ятрогении – неблагоприятные последствия любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения.

Ятрогении (буквально – «болезни, порожденные врачом», от греч.: Iatros – врач+Genes – порождающий). По своей сущности ятрогении являются вариантом дефектов оказания медицинской помощи.

Развитие медицины, научно-технический прогресс, неизбежно и объективно ведут к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов. Клиницисты и патологоанатомы отмечают, что осложнения диагностики и лечения («болезни от прогресса медицины») приняли характер эпидемии. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Имеющийся арсенал медицинских средств становится все

более «агрессивным» по отношению к больному. Научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль «человеческого фактора».

С другой стороны, экологические и другие факторы, модифицируя реактивность организма человека, вызывая патоморфоз заболеваний, также ведут к росту частоты неблагоприятных (аномальных) реакций на медицинские воздействия.

В различных регионах Российской Федерации принципы формулировки диагнозов, классификации и правил учета ятрогении, трактуются по-разному. В результате, достоверный статистический учет и анализ ятрогении не организован. У многих специалистов сложилось настороженное и негативное отношение к термину «ятрогении». Нередко встречается ошибочное отождествление термина «ятрогения» с понятием «врачебная ошибка», что приводит как к вольному или невольному сокрытию ятрогении, так и к предложениям отказаться от употребления этого термина. Одинаково опасны как «вылавливание ятрогении», «запугивание ятрогенией», так и их сокрытие, отсутствие о них объективной статистической информации.

К ятрогениям следует относить только те патологические процессы, которые возникли как «результат действия» — медицинских мероприятий, а не запоздалого действия или бездействия медицинского персонала, что может быть врачебной ошибкой, но не ятрогенией. К ятрогениям следует также относить патологические процессы, вызванные высказываниями медицинских работников, обладающих прямыми распорядительными и исполнительными функциями в период и на месте выполнения ими профессиональных и служебных обязанностей.

Не может трактоваться как ятрогенный патологический процесс факт расхождения диагнозов по любой категории и причинам.

Не являются причиной ятрогении самостоятельные действия пациента и воздействия немедицинского характера. Например, патологические процессы, развившиеся вследствие самостоятельного (без указаний или в нарушение указаний медицинского персонала) приема лекарственных препаратов или использования какой-либо медицинской техники, не являются ятрогенными.

Ятрогенный характер патологического процесса требует неоспоримых объективных клинических или морфологических доказательств. Без проведения патологоанатомического (или судебно-медицинского) вскрытия факт наличия ятрогенного патологического процесса, сыгравшего существенную роль в танатогенезе, не может считаться доказанным.

При ятрогенных патологических процессах правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, их сопоставления, кодирования по МКБ-10 подчиняются общим требованиям, предъявляемым к формулировке диагнозов при других заболеваниях.

Запрещается употреблять термины «ятрогения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные в какой-либо из рубрик клинического или патологоанатомического диагнозов, в

заключении о причине смерти, медицинском свидетельстве о смерти. Они могут и должны быть использованы только в клинико-анатомическом эпикризе протокола патологоанатомического вскрытия (как запись личного мнения врача-патологоанатома), в карте экспертной оценки летального исхода на основании результатов патологоанатомического вскрытия, в соответствующих медицинских документах клинико-экспертных комиссий и отчетных формах патологоанатомических и иных медицинских учреждений.

Врач-патологоанатом квалифицирует ятрогенный патологический процесс, выявленный на вскрытии или в результате исследования операционного (биопсийного) материала только с медицинских позиций. Окончательное заключение о наличии, сущности, роли в танатогенезе и других особенностях ятрогенного патологического процесса выносится коллегиально, на клинико-экспертной комиссии медицинского учреждения.

Ятрогенные патологические процессы могут фигурировать в заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах в любых рубриках:

«Основное заболевание», «Конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевание», «Осложнения основного заболевания», «Сопутствующие заболевания».

В рубриках «Основное заболевание» (на 1-м месте в структуре комбинированного основного заболевания) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе, возникшие при клинико-морфологически доказанных:

- передозировке, неправильном (ошибочном, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначении лекарственного средства;

- непрофессионально (с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.) выполненном диагностическом или лечебном мероприятии;

- случаях смерти:

 - от анафилактического шока;

 - во время наркоза и анестезии;

 - в результате профилактических медицинских мероприятий;

 - в результате косметических медицинских мероприятий.

Заболевание или травма, по поводу которых производились медицинские мероприятия, вызвавшие развитие ятрогенного патологического процесса, указываются либо как фоновое заболевание, либо, после записи проявления ятрогенного патологического процесса и вида медицинского вмешательства, непосредственно в рубрике «Основное заболевание». Вид медицинского вмешательства не может быть указан в диагнозе вместо ятрогенного патологического процесса, необходимо указать патологический процесс, развившийся в результате такого вмешательства.

Клиническая практика свидетельствует, что патогенез ятрогений нередко многофакторный. Во многих случаях ятрогенные патологические

процессы являются результатом сложного взаимодействия организма с измененной (врожденной или приобретенной) реактивностью и медицинских воздействий (проведенных правильно и по показаниям, в соответствии с действующими стандартами или ошибочных). Поэтому, достоверно установить «удельную значимость» в танатогенезе медицинских воздействий часто не представляется возможным. В таких случаях, при наличии прогрессирования естественно развившегося заболевания, оно рассматривается в качестве основного, а ятрогенная патология в качестве конкурирующего, сочетанного, фонового заболевания или осложнения основного заболевания.

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают ятрогенные патологические процессы (кроме анафилактического шока и смерти во время наркоза или анестезии), обусловленные правильно, по показаниям, в соответствии с действующими стандартами проведенными диагностическими, лечебными, реанимационными, реабилитационными (но не профилактическими или косметическими) мероприятиями. Танатогенетическое значение таких ятрогенных осложнений может быть различно: от смертельных осложнений (непосредственных причин смерти), до, практически, не игравших роли в танатогенезе.

Ятрогении, не игравшие существенной роли в танатогенезе целесообразно указывать в рубрике «Осложнений основного заболевания (и медицинского вмешательства)», хотя допустима их запись в рубрике «Сопутствующие заболевания», особенно если они представляют собой нозологическую форму.

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии могут быть патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями.

В соответствии с требованиями МКБ-10, необходимо рассматривать оперативные вмешательства, как прямые последствия хирургического заболевания, и считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4-х недель после хирургического вмешательства.

На ятрогенные осложнения хирургических вмешательств, а также реанимации и интенсивной терапии распространяются общие правила формулировки диагноза и оформления других медицинских документов при ятрогенных патологических процессах.

В диагнозе допустимо указывать осложнения реанимации и интенсивной терапии в специальной подрубрике «Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия», после рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания». Однако при наличии соответствующих причин (например, при грубом медицинском дефекте, явившемся первоначальной причиной смерти в ходе проведения интенсивной терапии по поводу заболевания, роль которого в танатогенезе маловероятна) необходимо вынесение такого ятрогенного патологического процесса в рубрики «Основное заболевание» или

«Конкурирующее заболевание», «Фоновое заболевание», «Сочетанное заболевание».

КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ

Клинико-патологоанатомический эпикриз, завершающий протокол патологоанатомического вскрытия, призван в сжатой, чёткой форме отразить представление патологоанатома о характере, последовательности клинических событий, морфологических особенностях заболеваний и патологических процессов, характеризующих данное конкретное наблюдение.

Клинико-патологоанатомический эпикриз базируется на анализе клинических, инструментальных, макроскопических, гистологических, бактериоскопических и других данных. Чем чётче, полнее и логичнее построен патологоанатомический диагноз, тем меньше вопросов освещается в эпикризе. Однако, недопустимо заменять эпикриз кратким заключением о причине смерти. Эпикриз должен содержать ясные и краткие ответы на следующие основные вопросы:

- что является основным заболеванием и почему данная нозологическая форма им признана,
- какова последовательность развития событий, приведших к смерти больного,
- насколько полно и своевременно установлен прижизненный клинический диагноз,
- насколько своевременно и адекватно проведенное лечение,
- какова непосредственная причина смерти больного,
- насколько полно совпадение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов,
- если установлено расхождение диагнозов по какой-либо рубрике, то какова причина допущенной ошибки и какую роль она сыграла в танатогенезе,
- насколько полна и информативна прижизненная медицинская документация.

Таким образом, каждый патологоанатомический эпикриз должен содержать обоснование патологоанатомического диагноза, непосредственной причины смерти, заключение врача-патологоанатома о факте совпадения или расхождения диагнозов по основному заболеванию, а также о распознанных или нераспознанных осложнениях (особенно смертельного), коморбидных заболеваниях и важнейших сопутствующих заболеваниях. В случае расхождения диагнозов должны быть указаны категория и причина расхождения, а при совпадении диагнозов, но не распознанных смертельном осложнении или сопутствующих заболеваниях – причины диагностических ошибок. Эпикриз может содержать сведения и запоздалой прижизненной диагностике, а также о других недостатках диагностического, лечебного, организационного характера, включая оформление медицинской карты умершего.

В отличие от текста протокола вскрытия (описательной части) патологоанатомический диагноз и клинико-патологоанатомический эпикриз могут быть окончательно оформлены спустя несколько дней после вскрытия. Это объясняется в ряде случаев необходимостью проведения гистологического (в том числе специального гистохимического) и других вспомогательных исследований, возможностью дополнительных обсуждений данного наблюдения с клиницистами и работниками параклинических служб.

ПРАВИЛА СОПОСТАВЛЕНИЯ (СЛИЧЕНИЯ) ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ

Сопоставлению подлежит только заключительный клинический диагноз, вынесенный на оборотную сторону титульного листа медицинской карты (истории болезни) стационарного пациента или указанный как заключительный после посмертного эпикриза в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Нерубрифицированные или со знаком вопроса клинические диагнозы не позволяют провести их сличение с патологоанатомическим, что рассматривается как расхождение диагнозов по II категории (субъективные причины – неправильные формулировка или оформление клинического диагноза).

Совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов регистрируется только по основному заболеванию. Сличение диагнозов по другим рубрикам (по осложнениям, сопутствующим заболеваниям, по коморбидным заболеваниям) проводится отдельно и при несовпадении не фиксируется как расхождение диагнозов, а указывается дополнительно, например в клинико-анатомическом эпикризе: диагнозы совпали, но не распознано смертельное осложнение (или сопутствующее заболевание). Врач-патологоанатом не только констатирует факт совпадения или расхождения диагнозов, но указывает причину и категорию расхождения диагнозов, а также причины неверной диагностики коморбидных заболеваний (при наличии), осложнений основного и коморбидных (при наличии) заболеваний, отдельно – смертельного осложнения, сопутствующих заболеваний.

При решении вопроса о совпадении или расхождении диагнозов недиагностированное любое из конкурирующих, сочетанных, фоновых заболеваний, а также их гипердиагностика представляют собой расхождение диагнозов. В патологоанатомическом диагнозе, по сравнению с клиническим, может измениться очередность конкурирующих или сочетанных заболеваний (то, которое было на первом месте перейдет на второе и наоборот). Этого следует избегать и в случаях совпадения диагнозов оставлять очередность, принятую в заключительном клиническом диагнозе. Однако, если есть убедительная объективная причина для изменения очередности нозологических форм в диагнозе, но все нозологические единицы, входящие в комбинированное основное заболевание совпадают, выставляется совпадение диагнозов, а в клинико-анатомическом эпикризе

обосновывается причина изменения структуры диагноза.

Расхождением диагнозов считается несовпадение любой нозологической единицы из рубрики основного заболевания:

- по ее сущности (наличие в патологоанатомическом диагнозе или отсутствие другой нозологии – гиподиагностика, гипердиагностика);
- по локализации (например, при патологоанатомическом исследовании выявлен не рак легкого, а рак желудка и т.п.);
- по этиологии;
- по характеру патологического процесса (например, ишемический инфаркт головного мозга, а не внутримозговое кровоизлияние).

При расхождении диагнозов указывают категорию расхождения (категория диагностической ошибки) и причину расхождения (одну из групп объективных и субъективных).

Категории расхождения диагнозов указывают как на объективную возможность или невозможность правильной прижизненной диагностики, так и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

I категория расхождения диагнозов:

В данном медицинском учреждении правильный диагноз был невозможен, и диагностическая ошибка (нередко допущенная во время предыдущих обращений больного за медицинской помощью) уже не повлияла в данном медицинском учреждении на исход болезни. Причины расхождения диагнозов по I категории всегда объективные.

II категория расхождения диагнозов:

В данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая по субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

Таким образом, расхождения диагнозов по II категории всегда являются следствием субъективных причин.

III категория расхождения диагнозов:

В данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т.е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

Причины расхождения диагнозов по III категории всегда субъективные. Не следует приравнивать к ятрогениям случаи расхождения диагнозов, в частности, по III категории.

Независимо от категории расхождения выделяют причины расхождения диагнозов (объективные и субъективные).

Причины расхождения диагнозов подразделяются на объективные и субъективные.

Объективные причины расхождения диагнозов:

1. Кратковременность пребывания пациента в медицинском учреждении («краткость пребывания»). Критериями кратковременности

пребывания в медицинском учреждении являются: установление клинического диагноза в стационаре в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, но не позднее 24 часов с момента поступления пациента по экстренным показаниям в профильное отделение (но предварительного диагноза – не позднее 1 часа от момента обращения пациента в медицинскую организацию при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме); в течение 10 суток с момента обращения пациента при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях [21, 22].

2. Трудность диагностики заболевания. Использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но атипичность, стертость проявлений болезни и редкость данного заболевания не позволили выставить правильный диагноз.

3. Тяжесть состояния больного. Диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, так как их проведение могло ухудшить состояние больного (имелись объективные противопоказания).

4. Недостаточность диагностической материально-технической базы медицинской организации (в т.ч. при непрофильной госпитализации пациента).

Субъективные причины расхождения диагнозов:

1. Недостаточное клиническое обследование пациента (включая недоучет данных анамнеза, клинических данных, недостаточное применение клинико-лабораторных и иных методов исследования).

2. Неправильная интерпретация клинических данных.

3. Неправильная трактовка (недоучет или переоценка) данных лабораторных, рентгенологических и других дополнительных методов исследования.

4. Недоучет или переоценка заключения консультанта.

5. Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

6. Прочие субъективные причины.

Следует указывать только одну, главную причину расхождения диагнозов, так как заключение, содержащее несколько причин одновременно (сочетание объективной и субъективной причин) крайне затрудняет последующий статистический анализ.

Окончательное клинико-экспертное заключение по каждому конкретному летальному исходу принимается только коллегиально, комиссией по изучению летальных исходов (КИЛИ) или клинико-патологоанатомической конференцией (КПК). В случае несогласия врача-патологоанатома или другого специалиста с заключением комиссии, это фиксируется в протоколе заседания, и вопрос передается в вышестоящую комиссию. На основе коллегиального (комиссионного) решения в исключительных случаях допускается переквалификация случаев

расхождения (или совпадения) клинического и патологоанатомического диагнозов в категорию совпадения (или, соответственно, расхождения).

Для внебольничной летальности – для умерших на дому, сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет свои особенности. В амбулаторной карте должны быть сформулированы посмертный эпикриз и заключительный клинический диагноз. Отсутствие в амбулаторной карте заключительного клинического диагноза отмечается как замечание к оформлению данной карты в клинко-анатомическом эпикризе и дефект оформления медицинской документации выносится на рассмотрение клинко-экспертной комиссии. В случаях, когда заключительный клинический диагноз сформулировать не представлялось возможным, и тело умершего было направлено на патологоанатомическое вскрытие для установления причины смерти, сопоставления диагнозов не производится, и такие случаи выделяются в особую группу для анализа на КИЛИ и для годовых отчетов.

При наличии в карте амбулаторного больного заключительного клинического диагноза и при его сопоставлении с патологоанатомическим врач-патологоанатом устанавливает факт совпадения или расхождения диагнозов. При расхождении диагнозов – не определяют категорию расхождения (она применима только для умерших больных в стационарах). Среди объективных и субъективных причин расхождения диагнозов указывают лишь те, которые не подразумевают госпитализацию больного (исключена такая причина, как краткость пребывания в стационаре).

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КИЛИ И КЛИНКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), созданные во всех лечебно-профилактических учреждениях, являются коллегиальным органом контроля качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов, полученных при анализе летальных исходов. Задачами КИЛИ являются:

1. В стационарах изучению на заседаниях КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов, как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также случаи летальных исходов, где по распоряжению администрации больницы не производилось патологоанатомическое исследование. В последних случаях анализируется не только качество лечебно-диагностического процесса, ведение медицинской документации, но и оправданность отмены патологоанатомического вскрытия.

2. В лечебно-профилактических учреждениях догоспитального этапа (поликлиники, амбулатории, медико-санитарные части) на заседаниях КИЛИ анализируются:

- все случаи летального исхода больных на территории, об-

служиваемой данным догоспитальным лечебно-профилактическим учреждением, вне зависимости от того, производилось или нет патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование трупа.

– все случаи летального исхода больных в стационарах, если в данное догоспитальное лечебно-профилактическое учреждение поступила информация о допущенных в нём дефектах лечебно-профилактического процесса.

Задачей анализа, проводимого в случаях смерти больных дома, является:

а) соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, выставленных врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного,

б) соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным ЛПУ, действующим положениям,

в) качество поликлинической медицинской документации, в том числе и качество оформления документов – направления умершего больного на патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование,

г) дефекты лечебно-профилактического процесса, выявленные патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием: своевременность и достоверность прижизненной диагностики, адекватность лечения, проводившегося врачами данного догоспитального ЛПУ, своевременность направления больного на госпитализацию.

3. В стационарах предметом анализа летальных исходов являются:

а) соответствие заключительного клинического диагноза, диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием,

б) в случаях совпадения диагнозов проводится анализ своевременности установления основного заболевания и его важнейших осложнений, адекватности проводившегося лечения, качества ведения медицинской документации,

в) при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов выясняются причины диагностической ошибки, их категория.

4. В многопрофильных лечебных учреждениях создаются профильные КИЛИ (терапевтические, хирургические, неврологические, урологические и другие).

5. Председателем КИЛИ назначается соответствующим приказом главного врача наиболее авторитетный и квалифицированный врач-клиницист данного лечебного учреждения или научный сотрудник клинической кафедры, базирующейся в данном лечебном учреждении.

6. Приказом главного врача данного лечебного учреждения назначается также постоянный секретарь КИЛИ из числа врачей-клиницистов. В его обязанности входит своевременное оповещение участников КИЛИ о времени её очередного заседания, ведение специального журнала регистрации заседаний КИЛИ. В журнале регистрируются даты заседаний КИЛИ, пер-

сональный состав её участников, паспортные данные умерших больных и номера их историй болезни и протоколов вскрытия, заключения КИЛИ по каждому случаю летального исхода, обсуждавшемся на данном заседании.

7. В состав КИЛИ входят её постоянные члены – заведующие отделениями данного лечебного учреждения, участие которых в работе КИЛИ обязательно.

8. Председатель КИЛИ назначает рецензентов, анализирующих и докладывающих результаты анализа секционных наблюдений, определяет состав работников параклинических служб, участие которых в данном заседании является обязательным. На заседаниях КИЛИ, при необходимости и с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части, могут приглашаться врачи-консультанты из других лечебных учреждений, кафедр учебных медицинских институтов, сотрудники медицинских научно-исследовательских учреждений.

9. Приказом главного врача устанавливается фиксированный день и час работы КИЛИ, изменение которых допускается с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части.

10. Участие в работе КИЛИ всех приглашённых на его заседание врачей данного лечебного учреждения строго обязательно.

11. Ответственность за своевременность и качество проведения заседаний КИЛИ возлагается на его председателя.

Порядок работы КИЛИ.

1. Председатель КИЛИ не позднее, чем за 10 дней до заседания, передаёт в соответствующие лечебные отделения истории болезни больных, умерших в этих отделениях за установленный период времени.

2. Заведующий отделением проводит с врачами данного отделения обсуждение историй болезней умерших больных, переданных ему председателем КИЛИ. Результаты этого обсуждения фиксируются в специальных картах разбора и вклеиваются в соответствующие истории болезни.

3. Истории болезни с картами разбора передаются внешнему для данного отделения рецензенту не позднее 7 дней до дня заседания КИЛИ.

4. Рецензент в специальной "карте рецензента" оформляет результаты проведенного им анализа истории болезни, в резюме отмечает свою точку зрения на особенности течения, диагностики, лечения, вносит предложения, направленные на устранение выявленных им дефектов. При наличии грубых дефектов диагностики и лечения, допущенных на предшествующих этапах, рецензент обязан принять возможные меры для установления учреждения, в котором были допущены эти дефекты, внести эти данные в карту рецензента.

5. На заседаниях КИЛИ рецензент информирует комиссию об основных особенностях данного наблюдения, установленных им дефектах ведения больного и медицинской документации.

6. При наличии ошибок прижизненной диагностики, её несвоевременности, рецензент излагает свою точку зрения на причины

диагностической ошибки, её категорию.

7. Если точка зрения рецензента и врачей патологоанатомического отделения на оценку качества диагностики и лечения совпадают, если у членов КИЛИ не имеется аргументированных возражений по этому вопросу, обсуждение случая завершается фиксированием принятого решения в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе.

8. При несовпадении точек зрения рецензента и врачей патологоанатомического отделения, при наличии аргументированных возражений членов КИЛИ возможны следующие варианты:

8.1. Материалы разбора данного наблюдения передаются для повторного анализа в клиническое и патологоанатомическое отделения и вновь рассматриваются на очередном заседании КИЛИ.

8.2. При отсутствии согласия сторон и при повторном разборе на заседаниях КИЛИ, рассмотрение спорного случая летального исхода переносится на обсуждение лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), о чем в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе делается соответствующая запись.

9. Все случаи ошибок клинической диагностики, отнесенных к III категории, все случаи витально опасных ятрогенных осложнений после их обсуждения на заседаниях КИЛИ, передаются в ЛКК, что также фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-патологоанатомическом эпикризе.

10. Резюме о результатах обсуждения каждого случая летального исхода, проведенного на заседании КИЛИ, вклеивается секретарем КИЛИ в историю болезни, аналогичное резюме фиксируется в журнале КИЛИ.

11. Председатель КИЛИ представляет администрации лечебного учреждения в письменном виде краткое резюме итогов работы каждого заседания КИЛИ для информации и принятия необходимых мер.

Основные задачи клинико-патологоанатомических конференций:

а) повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений и улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путем совместного обсуждения и анализа клинических и секционных данных;

б) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, включая недостатки организационного характера;

На клинико-патологоанатомической конференции обсуждаются:

а) все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

б) все наблюдения, представляющие научно-практический интерес;

в) редкие наблюдения и необычно протекающие заболевания;

г) случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;

д) случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств, особенно тех больных, которые были

госпитализированы по экстренным показаниям.

е) острые инфекционные заболевания;

ж) случаи запоздалой диагностики, трудные для диагностики заболевания, неясные случаи, требующие совместного обсуждения.

з) случаи, оставшиеся недостаточно ясными, или спорными после их обсуждения на КИЛИ.

На одной из конференций обсуждается доклад о работе за предыдущий год заведующего патологоанатомическим отделением, в котором представляются данные о больничной летальности и проводится анализ качества клинической диагностики и дефектов медицинской помощи.

Ответственность за организацию и качество проведения клинко-анатомических конференций несёт главный врач (директор) данного лечебного учреждения. Участие в работе клинко-анатомических конференций входит в функциональные обязанности всех врачей данного лечебного учреждения.

Клинко-патологоанатомическая конференция должна установить категорию расхождения клинического и анатомического диагнозов.

На клинко-патологоанатомических конференциях обязаны присутствовать все врачи данного лечебно-профилактического учреждения, а также врачи тех лечебно-профилактических учреждений, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах.

Клинко-патологоанатомические конференции проводятся по плану в рабочее время, не реже одного раза в месяц.

В крупных больницах, кроме общепольничных конференций, должны проводиться клинко-патологоанатомические конференции по группам соответствующих профильных отделений.

Подготовка клинко-патологоанатомической конференции осуществляется заместителем главного врача по медицинской части и заведующим патологоанатомическим отделением.

Повестка очередной клинко-патологоанатомической конференции доводится до сведения врачей лечебного учреждения не позднее, чем за 7 дней до конференции.

Для проведения клинко-патологоанатомической конференции руководителем лечебного учреждения назначаются два сопредседателя (клиницист и заведующий патологоанатомическим отделением), а также рецензент из числа наиболее квалифицированных врачей (терапевт или педиатр, хирург; патологоанатом и др.). При наличии на базе данного лечебного учреждения лечебных кафедр, их сотрудники привлекаются к подготовке и проведению клинко-анатомических конференций в качестве сопредседателя, рецензента или докладчика.

Для ведения протокола конференции назначаются два постоянных секретаря из состава врачебного коллектива. Они регистрируют в журнале заседаний клинко-анатомических конференций дату проведения конференции, её повестку, состав участников, сопредседателей, основных положений всех выступающих, заключительного резюме, принятого кон-

ференцией. Протокол конференции визируется сопредседателями, журнал хранится у главного врача или его заместителя по медицинской части.

Целесообразно не перегружать повестку конференции обсуждением более чем двух наблюдений.

Заседание проводится по общепринятому плану.

После вступительного слова председателя, подлежащий разбору случай докладывается лечащими врачами, которым участники конференции задают вопросы.

Представленные клинические данные дополняются результатами патологоанатомического исследования. Они демонстрируются производившим вскрытие патологоанатомом, также отвечающим на возникшие вопросы.

После доклада патологоанатома выступает рецензент, анализирующий по данным истории болезни качество обследования, лечения больного и оформления медицинской документации.

Следующим этапом является обсуждение, в процессе которого все участники могут высказать свое мнение и внести предложения по разбираемым на конференции вопросам. На этом этапе сотрудник кафедры, врач-клиницист или патологоанатом представляют обзор современной литературы по анализируемой проблеме.

Завершает конференцию председатель (сопредседатели), которые подводят итог проведенного обсуждения и вносят предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса.

Руководство лечебно-профилактических учреждений на основании материалов, выводов и предложений клинко-патологоанатомических конференций разрабатывает и осуществляет мероприятия по предотвращению и ликвидации выявленных недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным.

Если в результате клинко-анатомической конференции достигнуть единства мнения участников не удаётся, данный случай передаётся на рассмотрение независимой экспертной комиссии, до получения выводов которой за правильную принимается точка зрения патологоанатома.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

Медицинское свидетельство о смерти утверждено для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (ЗАГС), и для государственного статистического учета [4].

Медицинское свидетельство выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства и лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАПТ), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти.

В случае если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства.

В случае если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

В случае смерти детей в возрасте до 7 дней выдаётся медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

Медицинское свидетельство о смерти для регистрации в органах ЗАГС заполняется на:

- родившихся живыми или мертвыми с массой тела 1000 г и более (или, если масса при рождении неизвестна, сроком беременности 28 недель и более или длиной тела 35 см и более), включая новорожденных с массой тела менее 1000 г при сроке беременности 28 недель и более – при многоплодных родах;

- новорожденных, родившихся с массой тела от 500 г до 999 г, если они прожили более 168 часов после рождения (7 полных суток жизни).

Свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия.

Медицинское свидетельство о смерти выдается лечащим врачом на основании наблюдений за больным и записей в медицинской документации, отражающих состояние больного до его смерти, или патологоанатомом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия. Выдача медицинского свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти, запрещается.

В исключительных случаях свидетельство о смерти может быть выдано врачом, установившим смерть только на основании осмотра трупа (при отсутствии подозрения на признаки насильственной смерти).

Медицинское свидетельство о смерти выдаётся родственникам или близким умершего под расписку не позднее суток после патологоанатомического вскрытия или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось (Закон Российской Федерации от 12.01.1996 г № 8 «О погребении и похоронном деле»).

Паспортные данные лица получившего свидетельство вносятся в корешок его бланка, который остаётся в патологоанатомическом отделении. Медицинское свидетельство о смерти – юридический документ, дающий право на получение страховых сумм, пенсии и т.д. Бланк медицинского свидетельства о смерти является документом строгой отчетности. Неправильно (с ошибками, исправлениями) заполненные экземпляры свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркивают, делают запись «испорчено» и оставляют в сброшюрованной книжке бланков.

Корешки бланков медицинских (врачебных) свидетельств о смерти и журнал их учета хранятся 5 лет после календарного года, в котором выдано свидетельство. Списываются и уничтожаются комиссионно.

На основании записей в медицинском свидетельстве о смерти органы статистики получают данные о причинах смертности населения в масштабах региона и всего государства. Поэтому при заполнении свидетельства должны применяться унифицированные подходы, согласующиеся с требованиями Международной классификации болезней.

Медицинское свидетельство о смерти выдаётся с пометкой "окончательное" либо "предварительное", или "взамен предварительного". Медицинское свидетельство о смерти с отметкой "предварительное" выдаётся в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования. После уточнения причины и рода смерти составляется новое свидетельство с отметкой "взамен предварительного", которое в срок не позднее месяца пересылается в статистическое управление. В отдельных случаях, по письменному заявлению родственников, им может быть выдано новое медицинское свидетельство о смерти "взамен предварительного" для предъявления в органы загса с целью получения нового свидетельства о смерти, в котором будет указана уточнённая причина смерти.

Форма медицинского свидетельства о смерти является международной. Оформление медицинского свидетельства о смерти производится путём заполнения от руки всех его пунктов. При отсутствии тех или иных сведений следует записать "не известен", "не установлен" и т.п.

Врач, заполняющий свидетельство, должен выделить непосредственную причину смерти, основное заболевание и те патологические процессы, которые оказывали неблагоприятное влияние на его развитие.

Причина смерти записывается врачом в двух частях 18 пункта свидетельства. Первая часть подразделяется на три строки (а, б, в):

I.

а) _____ (код МКБ-10)

Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнения основного заболевания)

б) _____ (код МКБ-10)

Промежуточная причина, обусловившая непосредственную причину смерти.

в) _____ (код МКБ-10)

Основная причина смерти (основное заболевание) указывается последней.

II.

Другие важные заболевания, способствующие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

Напротив пунктов «а», «б», «в» располагаются пустые ячейки, предназначенные для указания кода первоначальной причины смерти по МКБ-10. Заполнять следует все ячейки, знак «.» в коде занимает свою ячейку, если иное не предусмотрено МКБ-10 (имеются коды из 3-х знаков).

Состояние, записанное на нижней заполненной строке «а», «б» или «в», является первоначальной причиной смерти (основное заболевание), используемой для статистических разработок.

Записи в медицинских свидетельствах о смерти должны полностью совпадать с соответствующими записями в медицинской документации (диагнозом, заключением о причине смерти и др.).

Если имело место только одно явление в цепи патологических процессов, достаточно записи на строке «а» в разделе «I» свидетельства. Если имело место более одного явления в этой цепи, непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) вписывается на строке «а», а первоначальную причину смерти (основное заболевание) следует вписывать последней, на строке «б» (или «в», с указанием других, «промежуточных», патологических процессов на строке «б»), например:

I.

- а) печёночная недостаточность
- б) мелкоузловой цирроз печени
- в)

II.

Основным заболеванием является мелкоузловой цирроз печени.

I.

- а) гемотампонада полости перикарда
- б) разрыв стенки левого желудочка
- в) острый инфаркт миокарда

II. Гипертоническая болезнь.

Острый инфаркт миокарда – основное заболевание, гипертоническая болезнь – фоновое заболевание.

Таким образом, в разделе «I» можно указать последовательно до 3-х нозологических форм, синдромов, патологических процессов (строки «а», «б» и «в») причем в последовательности, обратной диагнозу. Если непосредственная причина смерти и основное заболевание совпадают (смерть последовала от самого заболевания), то в пункте «а» указывается только одно основное заболевание.

Основное заболевание (или при комбинированном основном заболевании – первая нозологическая единица в его составе) кодируется в пункте 18 разделе «I» по МКБ-10. Другие записи в строках раздела «I» не кодируются.

В разделе «II» пункта 18 медицинского свидетельства о смерти указывают одну из оставшихся нозологических единиц комбинированного основного заболевания (конкурирующее, фоновое, сочетанное). Здесь также могут быть указаны важнейшие сопутствующие заболевания (но не более двух), которые потребовали проведения лечебно-диагностических мероприятий. Они также кодируются по МКБ-10.

При заполнении медицинского свидетельства о смерти умершей беременной, роженицы или родильницы записи рекомендуется делать в следующем порядке: в случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате вмешательства неправильного ведения родов и т. п. сведения о причине смерти записываются в I части в строках «а», «б», «в». Запись должна чётко указывать на связь патологических процессов с беременностью, родами, послеродовым периодом.

Например:

I.

а) послеродовое кровотечение

б)

в)

I.

а) кровотечение

б) угрожающий аборт

в)

I.

а) остановка сердца

б) наркоз во время родоразрешения.

в)

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы в результате имевшейся прежде у неё болезни или заболевания, возникшего или обострившегося во время беременности (диабет, туберкулёз, сердечно-сосудистые заболевания), не связанного с акушерской причиной, но отягощённой физиологическим воздействием беременности, сведения о причине смерти записывают в части I в строках «а», «б», «в». При этом в части II обязательно делается запись о беременности и её сроке. Во всех случаях смерти женщин в послеродовом периоде (включая последний день) в части II делается запись: послеродовый период ...день.

В конце указывается дата выдачи свидетельства, подпись врача, выдавшего свидетельство о смерти, заверенная печатью учреждения.

**СРОКИ ХРАНЕНИЯ, ПОРЯДОК УЧЕТА,
ВЫДАЧИ И УТИЛИЗАЦИИ МАТЕРИАЛОВ И ДОКУМЕНТОВ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(АУТОПСИЙ И БИОПСИЙ)**

В медицинской организации, проводящей патологоанатомическое вскрытие, формируется архив, который включает следующие материалы, полученные по результатам патологоанатомических вскрытий:

- 1) биологические материалы (органы и ткани, полученные при биопсиях и операциях);
- 2) гистологические препараты;
- 3) парафиновые блоки;
- 4) протоколы патологоанатомических вскрытий.

Биологические материалы, взятые при проведении патологоанатомических вскрытий, хранятся в 10% растворе нейтрального формалина в архиве патологоанатомического отделения (бюро) до окончания гистологического исследования и установления патологоанатомического диагноза. «Влажный» архив (в 10% формалине) патологоанатомического вскрытия может быть сохранен по распоряжению заведующего патологоанатомическим отделением для его использования в научных или учебных целях.

Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках хранятся в архиве патологоанатомического отделения (бюро) в течение трех лет.

Протокол патологоанатомического вскрытия хранится в архиве медицинской организации, в которой проводится вскрытие в течение 25 лет, т.е. в течение срока хранения медицинской карты стационарного больного (медицинской карты родов, медицинской карты новорожденного, истории развития ребенка, медицинской карты амбулаторного больного).

Копии протоколов патологоанатомического вскрытия могут быть выданы по письменному запросу органов дознания, следствия, суда. Выдача оригиналов протоколов патологоанатомических вскрытий допускается только при выемке документации лечебно-профилактического учреждения правоохранительными органами. Выдача гистологических препаратов и парафиновых блоков и копии протоколов патологоанатомического вскрытия производится по письменному запросу органов дознания, следствия, суда, а также медицинских учреждений. Гистологические препараты и их блоки должны быть возвращены в архив патологоанатомического отделения.

Архив биопсийного и операционного материал включает:

- 1) биологические материалы (органы и ткани, полученные при биопсиях и операциях);
- 2) гистологические препараты;
- 3) парафиновые блоки;
- 4) направления протоколы патологоанатомического исследования биопсийного и операционного материала.
- 5) журналы регистрации биопсийного и операционного материала.

Сроки хранения в архиве патологоанатомического бюро (отделения) биопсийных (операционных) материалов и документов, оформленных в рамках патологоанатомических исследований:

- 1) тканевые образцы в 10%-ном растворе нейтрального формалина при

наличии опухолевого или опухолеподобного процесса – не менее одного года с даты оформления протокола, в прочих случаях – не менее чем до окончания оформления протокола;

2) микропрепараты и тканевые образцы в парафиновых блоках – в течение срока хранения медицинской документации пациента;

3) направления и протоколы – в течение срока хранения медицинской документации пациента.

31. Выдача микропрепаратов, тканевых образцов в парафиновых блоках и копий направлений и протоколов (далее – архивные материалы) пациенту либо его законному представителю фиксируется в журнале с указанием следующих сведений:

1) дата выдачи архивных материалов;

2) сведения о пациенте (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения);

3) регистрационный номер патологоанатомического исследования;

4) сведения о лице, которому выданы архивные материалы, и его подпись;

5) сведения о работнике, который произвел выдачу архивных материалов, и его подпись;

6) отметка о возврате ранее выданных микропрепаратов, тканевых образцов в парафиновых блоках в архив патологоанатомического бюро (отделения).

Медицинские отходы, образовавшиеся в результате проведения патологоанатомических исследований по истечении положенного срока хранения, утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами.

Гистологические препараты и их блоки после изучения подлежат возврату в патологоанатомическое отделение.

Медицинские отходы, образовавшиеся в результате проведения патологоанатомического вскрытия, включая гистологические препараты и парафиновые блоки, по истечении срока их хранения, утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами [16].

На результаты прижизненной морфологической диагностики распространяется положение о врачебной тайне (статья 61 «Врачебная тайна» Основ законодательства российской федерации об охране здоровья граждан).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрикосов А.И. Техника патологоанатомических вскрытий трупов. – М.: Медгиз, 1948. – 167 с.
2. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики.

- Руководство. 2-е изд. – М.: РМАПО, 1998. – 543 с.
3. Зайратьянц О.В, Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2011. – 576 с.
 4. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 января 2009 г. № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»
 5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). ВОЗ. – Женева. (пер. с англ.), Т. 1, 2, 3. – М., 1995-1998.
 6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
 7. О введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении" (вместе с "ОСТ 91500.01.0005-2001..."): Приказ МЗ РФ № 12 от 22.01.01 г.
 8. Патологическая анатомия : нац. рук. / ред. М. А. Пальцев, Л. В. Кактурский, О. В. Зайратьянц. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1264 с.
 9. Патология : руководство / под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 2500 с.
 10. Патолого-анатомическое вскрытие : нормативные документы / сост. Г. А. Франк, П. Г. Мальков, Е. В. Каракулина [и др.] / под ред. Г. А. Франка, П. Г. Малькова. – М. : Медиа Сфера, 2014. – 80 с.
 11. Правила формулировки патологоанатомического диагноза: клинические рекомендации / Г. А. Франк, О. В. Зайратьянц, П. Г. Мальков [и др.]. - М., 2015. - 18 с.
 12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 июля 2012 г., регистрационный N 24867).
 13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2012 г. N 69н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2012 г., регистрационный N 23726).
 14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 г. N 782н (ред. от 27.12.2011) "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 30 декабря 2008 г., регистрационный N 13055).

15. Приказ Минздрава России от 24.03.2016 N 179н "О Правилах проведения патолого-анатомических исследований".
16. СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами" (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 09.12.2010 N 163, зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2011 г., регистрационный № 19871).
17. Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патологоанатомических) исследований и патологоанатомических услуг в здравоохранении : сб. норматив.-метод. документов по вопросам патологоанатом. (патоморфолог.) исслед. / под ред. Р. У. Хабриева, М. А. Пальцева. – М., 2007. – Вып. 1. – 480 с.
18. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, №48, ст.6165; 2014, №30, ст.4257; №49, ст.6927; 2015, №10, ст.1425; №29, ст.4397)
19. Формулировка патологоанатомического диагноза при болезнях органов дыхания (класс X «Болезни органов дыхания» МКБ-10) : клинические рекомендации / Г. А. Франк, А. Г. Чучалин, А. Л. Черняев [и др.]. – М., 2015. – 40 с.
20. Формулировка патологоанатомического диагноза при ишемической болезни сердца (класс IX «Болезни системы кровообращения» МКБ-10): клинические рекомендации / Г. А. Франк, А. Г. Чучалин, А. В. Шпектор [и др.]. – М., 2015. – 35 с.
21. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
22. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 131н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – патологоанатом» (зарегистрирован Минюстом России 05.04.2018 № 50645).