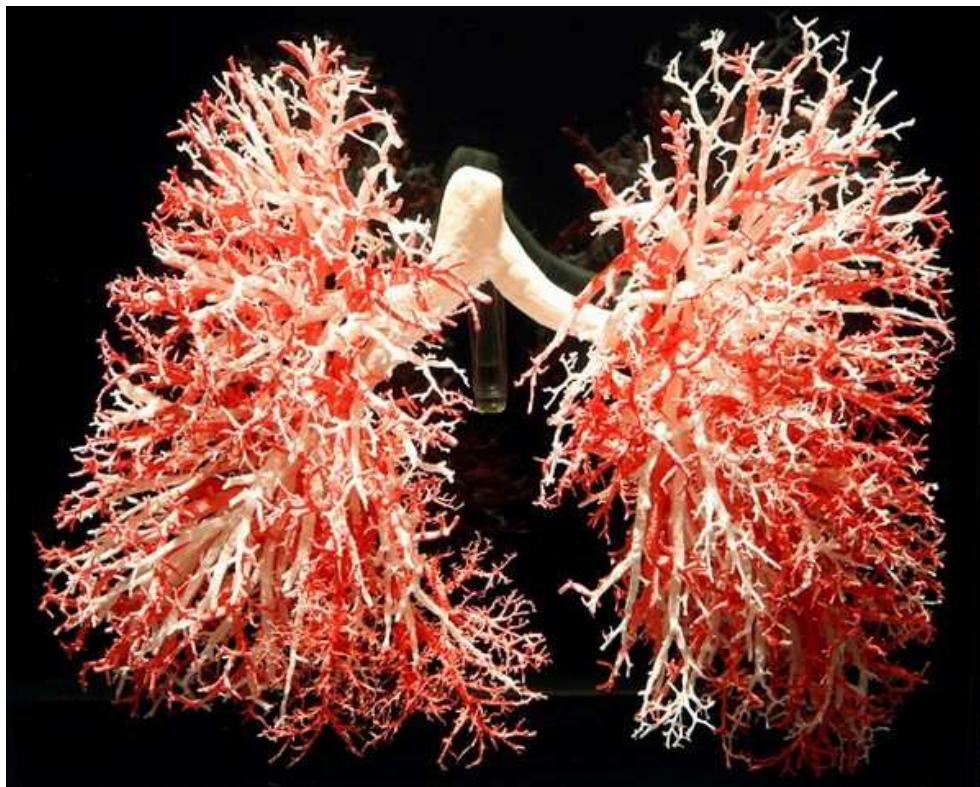




Клиническая анатомия



Учебно-методическое пособие

Бишкек - 2014

**Кыргызско-Российский Славянский университет.
им. Б.Н. Ельцина
Медицинский факультет.**



Клиническая анатомия

(учебно-методическое пособие)

Составители: Турганбаев Ж.Т., Ахметова М.И.

Бишкек 2014

УДК 611
ББК 28, 86
К 49

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Кыргызско-Российского Славянского университета

Рецензенты:

Мукашев М.Ш. – доктор мед. наук, профессор. зав. кафедрой
судебной медицины и права КГМА.

Белов Г.В. – доктор мед. наук, профессор кафедры
патологической анатомии КРСУ.

Составители:

Турганбаев Жума Турганбаевич, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры патологической анатомии КРСУ.

Ахметова Майра Исаевна, кандидат медицинских наук, доцент,
зав. кафедрой патологической анатомии КРСУ.

К 49 **Клиническая анатомия:** Учебно-метод. пособие для студ. мед.
ВУЗов, клин. ординаторов и врачей. /Сост. Ж.Т. Турганбаев и др.
– Б.: 2014. - 101 с.

ISBN 978-9967-19-177-8

В учебно-методическом пособии приведена вся информация по
ведению и содержанию секционного курса.

Рассмотрены цели, задачи и место патологоанатомической
службы в практическом здравоохранении. Подробно изложены
варианты взаимодействия клинициста и патологоанатома.
Пособие дополнено нормативными документами.

К 1909000000-14

ISBN 978-9967-19-177-8

УДК 611

ББК 28,86

© КРСУ, 2014

Введение.

Неотъемлемой частью практического здравоохранения является патологоанатомическая служба, представляющая собой систему медицинских учреждений и мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение качества лечебно-диагностической работы в лечебных учреждениях. Эта служба является составной частью профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в организациях здравоохранения.

Врачи всех специальностей в той или иной мере в процессе профессиональной деятельности соприкасаются с патологической анатомией. Поэтому знание задач патологоанатомической службы, ее организации и содержания практической работы патологоанатома, патологоанатомической документации - неременное условие успеха совместной деятельности клинициста и патологоанатома.

Патологоанатомическая служба в системе здравоохранения впервые организована в Советском Союзе. У истоков этой службы стояли видные патологоанатомы, академики А.И. Абрикосов, И.В. Давыдовский; профессора В.Т. Талалаев, С.С. Вайль, В.Г. Шор. По их рекомендации был издан первый официальный документ, регламентирующий деятельность патологоанатомической службы СССР - Циркуляр Народного Комиссариата здравоохранения № 390 / 1467 «Правила о порядке вскрытия трупов, умерших в больницах и лечебных заведениях».

Значение патологоанатомической службы нашло свое отражение в приказах МЗ СССР 1948г. «Об улучшении патологоанатомического дела в больницах; 1959 г. - об улучшении патологоанатомической службы и повышении ее роли в улучшении качества диагностики и лечении больных»;

1970 г. «О мерах по улучшению патологоанатомической службы»; «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране» - 1983 г. и «Об организации патологоанатомических бюро» - 1988г.

Структура патологоанатомической службы Кыргызской

Республики, ее задачи и деятельность регламентирована приказом МЗ № 189 от 17.09.1996 г., который в соответствии с новой редакцией закона «Об охране здоровья народа в Кыргызской Республике» пересмотрен. В настоящее время патологоанатомическая служба Кыргызской Республики работает на основе статей № 39, 42, 43 и 44 названного закона Кыргызской Республики, принятого в 2005 г. и приказа МЗ КР № 593 от 29.10.2014г., которые регламентируют деятельность патологоанатомической службы Республики.

Задачи патологоанатомической службы вытекают из самой сути предмета «патологическая анатомия». Патологическая анатомия, с одной стороны,- прикладная наука, которая, расценивая материальный субстрат болезни в каждом конкретном случае, объясняет ее функциональные проявления и таким образом служит клинической практике. С другой стороны, патологическая анатомия является теоретической наукой, объясняющей материальный субстрат общей и частной патологии человека.

Следовательно, патологическая анатомия представляет собой уникальное единение клинического (прикладного) и фундаментального (теоретического) аспектов медицины.

Из этого вытекают и конкретные задачи патологоанатомической службы, а именно:

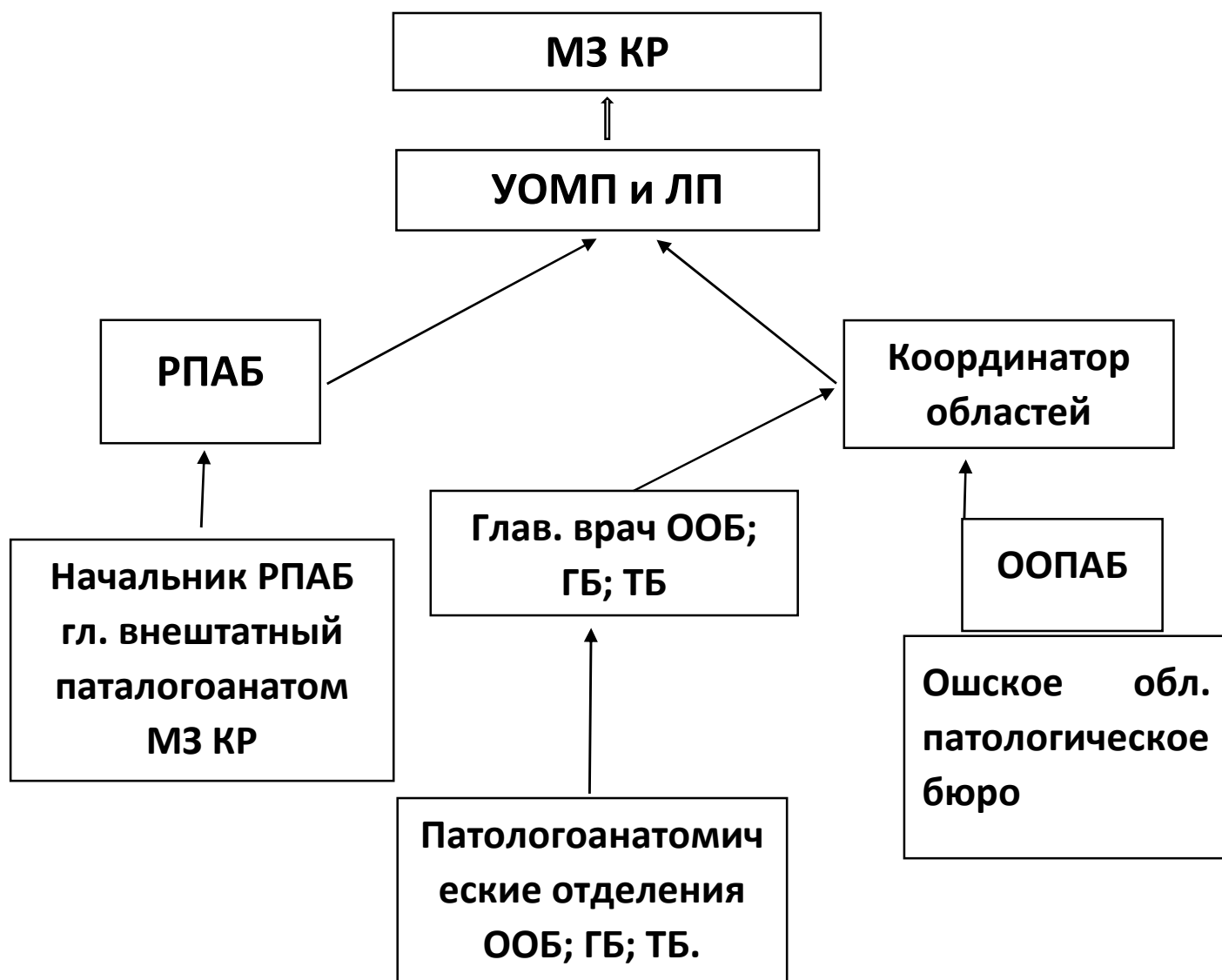
1. Проведение совместно с лечащими врачами клинико-анатомического анализа результатов вскрытия и осуществление практического контроля над лечебно-диагностической работой в организациях здравоохранения в целях устранения дефектов диагностики и лечения.
2. Прижизненная диагностика заболеваний, особенно в области онкологии путем исследования биопсий, цитологического материала; а также органов и тканей, удаленных при операции. Исследование операционного материала имеет значение не только для диагностики заболевания или патологического процесса, но и для

подтверждения обоснованности оперативного вмешательства.

3. Своевременное выявление острозаразных заболеваний, особенно из группы особо опасных.
4. Научная разработка этиологии, патогенеза, морфогенеза и морфологии болезней, а также вопросов танатогенеза путем морфологических, клинико-анатомических исследований и эксперимента.
5. Статистическая разработка секционного и биопсийного материалов как одного из важных факторов, определяющих комплекс лечебно-профилактических мероприятий.
6. Повышение квалификации врачей, клиницистов и патологоанатомов путем клинико - анатомических сопоставлений на вскрытии и проведения клинико-анатомических конференций.
7. Обучение студентов - медиков и врачей.
8. Ознакомление студентов с нормативно – правовыми документами, регламентирующими деятельность патологоанатомической службы Республики.

Структура патологоанатомической службы

Организационная структура патологоанатомической службы в Кыргызской Республике



Как видно из приведенной схемы, в Кыргызской республике на сегодняшний день существует 2 формы организации патологоанатомической службы.

Первая - патологоанатомические бюро, самостоятельные медицинские организации, подчиняющиеся Министерству здравоохранения или областным координаторам. В республике

имеется 2 бюро: Республиканское и Ошское областное. Самостоятельность патологоанатомической службы позволяет более эффективно выполнять контролируемую функцию службы, укрепить материальную базу, создать благоприятные условия для профессионального роста врачей и лаборантов, а также для подготовки врачей-патологоанатомов через клиническую ординатуру. Улучшается работа по выявлению и разбору ошибок клинической диагностики, что способствует повышению уровня лечебно-диагностической работы в лечебно-профилактических организациях.

Необходимыми условиями организации патологоанатомических бюро являются:

- достаточная материально-техническая база (наличие помещений, оборудования и оснащения, автотранспорта);
- достаточная укомплектованность штатов врачами патологоанатомами и лаборантами гистологами, позволяющая обеспечить выполнение текущей работы и проведение организационно - методических мероприятий в ЛПУ региона;
- наличие не менее 15 врачебных должностей.

Вторая - патологоанатомические отделения (прозектуры) в составе объединенных областных, городских и территориальных больниц. Функциональные единицы, финансируемые этими лечебно-профилактическими организациями. Выполнение организационно- методической и практической работы по службе возлагается на главного внештатного патологоанатома Министерства здравоохранения, который назначается из числа высококвалифицированных врачей патологоанатомов, имеющих опыт руководящей работы не менее 5 лет.

В Кыргызской республике, согласно положению о патологоанатомической службе, начальник Республиканского патологоанатомического бюро является главным внештатным патологоанатомом Министерства здравоохранения республики.

На главного внештатного патологоанатома МЗ возлагаются:

1. Обеспечение службы врачами-патологоанатомами и

средним медицинским персоналом.

2. Подготовка кадров через клиническую ординатуру.
3. Организация специализации и повышения квалификации врачей патологоанатомов и среднего медицинского персонала.
4. Консультативная помощь региональным врачам-патологоанатомам.
5. Контроль над качеством работы патологоанатомических отделений Республики.
6. Составление сводных отчетов о деятельности патологоанатомической службы Республики.
7. Организация и проведение семинаров по актуальным вопросам патологоанатомической службы.

Организационно - методическим центром патологоанатомической службы Кыргызской Республики является Республиканское патологоанатомическое бюро, организованное в 1988 г. (приказ МЗ № 384 1988 г.), основными задачами которого являются организационно- методическое и практическое руководство патологоанатомической службой, осуществление мер по дальнейшему развитию и совершенствованию службы, и повышению квалификации патологоанатомов.

Республиканское бюро (РПАБ) выполняет следующие задачи:

1. Разрабатывает основные рекомендации о направлениях и формах работы патологоанатомических учреждений, подготавливает нормативно -инструктивные и методические материалы по службе в целом или различным разделам патологоанатомической работы.
2. Изучает потребность здравоохранения в патологоанатомических кадрах и осуществляет их подготовку.
3. Изучает потребность патологоанатомической службы в оборудовании, аппаратуре и химических реактивах.

4. Принимает участие в разработке методов статистической обработки секционного и биопсийного материала и в работе по унификации патологоанатомической терминологии.
5. Изучает и обобщает опыт работы патологоанатомических отделений и разрабатывает предложения по распространению передового опыта в системе патологоанатомической службы Республики, внедрению рационализаторских предложений и новых методов исследования в патологоанатомическую практику.
6. Организуют консультативную помощь организациям здравоохранения по различным вопросам организации практической деятельности патологоанатомических отделений.
7. Оказывает консультативную помощь и руководит отдельными исследованиями лечебно-профилактических и научных учреждений по важнейшим проблемам патологии человека.
8. Является клинической базой медицинских факультетов университетов и медицинской академии.

В соответствии с правилами по устройству и эксплуатации помещения ПАБ и ПАО должны находиться в стороне от лечебных корпусов и занимать отдельные здания, построенные по типовому проекту.

Для ПАБ и ПАО предусмотрены следующие основные помещения (типовой морг):

- холодильная камера для хранения трупов и биологического материала;
- предсекционная для приема и выдачи тел умерших;
- секционная для вскрытия трупов;
- малая секционная для умерших от инфекционных заболеваний;

- регистратура;
- траурный зал;
- гистологическая лаборатория;
- кабинеты врачей;
- архив;
- другие вспомогательные помещения (музей, склад, моечная и др.).

Структура патологоанатомического бюро (ПАБ).

Структура ПАБ определяется объемом работы, профилем обслуживаемых ЛПУ, соотношением секционных и биопсийных исследований, удельным весом организационно-методической и консультативной деятельности.

ПАБ может иметь следующие структурные подразделения:

- отделение общей патологии с гистологической лабораторией;
- отделение детской патологии с гистологической лабораторией;
- отделение биопсийных и цитологических исследований с лабораторией;
- организационно-методическое отделение;
- административно-хозяйственная часть;
- отделение по оказанию ритуальных и других платных услуг.

Указанная структура ПАБ может изменяться в соответствии с местными условиями, исходя из целей наиболее рационального обеспечения ЛПУ территории своевременными и высококачественными патологоанатомическими исследованиями, а также проведения организационно методической и консультативной помощи.

ПАБ возглавляет начальник; ПАО - заведующий, назначаемые и увольняемые в установленном порядке из числа высококвалифицированных врачей - патологоанатомов, имеющих опыт практической и руководящей работы.

Функциональные обязанности начальника ПАБ и ПАО регламентируются соответствующим приказом МЗ (№593 от 29.10.2014г.)

Штаты патологоанатомической службы

Приказ МЗ КР № 492 от 14.11.2005 г. «О штатных нормативах медицинского персонала патологоанатомических отделений», расчет ставок производится следующим образом:

1. Врачебный персонал.

1.1. Должности врачей патологоанатомов устанавливаются из расчета 1 должность на:

- 180 вскрытий умерших в возрасте от 15 лет и старше;
- 150 вскрытий умерших детей и мертворожденных;
- 3500 исследований биопсийного и операционного материала.

2. Средний медицинский персонал.

2.1. Должность лаборантов устанавливается из расчета 1,5 должности на каждую должность врача-патологоанатома.

3. Младший медицинский персонал.

3.1. Должности санитаров устанавливаются из расчета 0,75 должности на каждую должность врача-патологоанатома, но не менее 1 должности на отделение.

Патологоанатомическая документация

Четкость и ритмичность работы патологоанатома во многом зависят от качества текущей документации и легко оцениваются по хорошему отчету.

Количество документов должно быть минимальным и в то же время достаточным для того, чтобы можно было получить необходимую информацию по любому вопросу, касающемуся текущей работы с минимальной затратой времени.

В патологоанатомических бюро и отделениях должны быть:

1. Документация секционного раздела работы.
2. Документация биопсийного раздела работы.
3. Документация хозяйственно-материальная и организационно-методическая.

Документация секционного раздела

1. Регистрационный журнал приема и выдачи трупов.

Все поступающие в прозектуру трупы регистрируются в «Журнале приема и выдачи трупов» (учетная форма № 021/У). Форма этого журнала:

П/н	Дата поступления	Ф.И.О. умершего	Дата рождения	Клинический диагноз	Патолого-анатомический диагноз	Дата вскрытия	Наименование учреждения, откуда поступил труп	Ф.И.О. патологоанатома	Ф.И.О. получающего труп

Регистрация поступающих на патологоанатомическое вскрытие трупов производится согласно указанным графам. Исходным документом для заполнения журнала является клиническая история болезни умершего, которая также доставляется в ПАБ или ПАО.

2. Протокол патологоанатомического вскрытия (учетная форма № 013/У).

Структура протокола в каждом случае должна быть стереотипной и иметь следующие разделы:

1. Паспортная или регистрационная часть.
2. Клинический диагноз.
3. Клинические данные.
4. Описание данных макроскопического исследования трупа.
5. Перечень материала, взятого для гистологического и дополнительных методов исследования.
6. Данные гистологического исследования материала.
7. Патологоанатомический диагноз.
8. Клинико-анатомический эпикриз.
9. Результаты сличения клинического и патологоанатомического диагнозов.
10. Выписка из свидетельства о смерти.

Медицинское свидетельство о смерти

Медицинское свидетельство о смерти, которое выдается родственникам, является важным юридическим документом. По существующим правилам (Приказ МЗ № 492 от 14.11.2005 г.) оно должно быть оформлено в день смерти лечащим врачом, если труп не вскрывается, или патологоанатомом, если труп был вскрыт. В дальнейшем свидетельство о смерти должно быть зарегистрировано в органах ЗАГС (в крупных городах - в похоронных бюро), где выдают свидетельство о смерти, которое остается на руках у родственников. Оно служит для получения различных справок, страховых сумм, пенсий и т.д.

Медицинское свидетельство о смерти (учетная форма № 106 / У) является также статистическим документом. Органы статистики используют свидетельства для учета заболеваемости и причин смертности. Это необходимо для разработки мер, способствующих снижению заболеваемости и смертности.

Другие документы секционного раздела работы

В случае смерти больных от инфекционных заболеваний или подозрения на наличие последних возникает необходимость забора материала на микробиологическое исследование (вирусологическое или бактериологическое). Материал, взятый с соблюдением определенных требований, отправляют в соответствующие лаборатории со специальным направлением (учетная форма 204/У), заполнение которых обычно доверяют среднему медицинскому персоналу и особых затруднений не вызывает.

Если во время вскрытия впервые обнаруживается злокачественная опухоль, инфекционное заболевание, в том числе и особо опасное, пищевое отравление или туберкулез (активный), то заполняются и срочно отправляются соответствующие сигнальные документы: «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (учетная форма № 058/У) в СЭС.

«Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни» - (учетная форма № 089 / У) в туберкулезный диспансер или кожно-венерический диспансер соответственно; «Извещение о больном с первым в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» - (учетная форма № 089 / У) - онкологический диспансер.

Об отправке таких документов в протоколе вскрытия и в истории болезни делается соответствующая запись с указанием даты отправки. По существующему положению заполнение и отправка экстренного извещения должны осуществляться в течение 12 часов. Отправление экстренного извещения возлагается на медицинского работника, впервые выявившего данное заболевание, т.е. на патологоанатома, если это заболевание обнаружено во время вскрытия.

Документация биопсийного раздела работы

Биопсийный раздел работы отражают два документа:

1. Бланки направления на патологоанатомическое исследование биопсии, операционного материала (учетная форма №218). В направлении имеются следующие разделы

- Паспортная часть;
- Клинические данные;
- Клинический диагноз;
- Описание макропрепарата;
- Гистологический диагноз.

2. Книга регистрации биопсийного и операционного материала, куда вносятся:

фамилия, имя, и отчество больного; возраст; название отделения, направившего материал; клинический и патологоанатомический диагнозы; номер биопсийного исследования; фамилия врача патологоанатома, производившего исследование.

Более подробные сведения о биопсийном разделе работы будут даны в разделе «Биопсия».

Хозяйственная и организационная документация

Материально-ответственное лицо отделения ведет книги учета хозяйственного инвентаря и медицинского оборудования по утвержденной форме.

Старшая сестра отделения ведет учет реактивов и спирта по форме, согласованной с аптекой, снабжающей отделение реактивами и спиртом. Кроме того, старшая мед. сестра составляет график работы сотрудников и ведет табель, заверенный подписью заведующего. При большом числе врачей в отделении заведующий составляет график дежурств врачей по отделению.

Раз в год составляется годовой отчет - сведения о проделанной работе, по форме, утвержденной органами статистического управления.

Практическая деятельность патологоанатома

Практическая работа патологоанатома ведется в 4-х направлениях:

1. Вскрытие (секция, аутопсия) трупов с целью диагностики заболеваний, расшифровки танатогенеза и оценки прижизненной диагностики путем сличения клинического и патологоанатомического диагнозов.
2. Исследование операционного материала и диагностических биопсий. Деление, это весьма условно, так как нередко рядовой операционный материал оказывается важным в диагностическом отношении, и наоборот, иссечение тканей, произведенное с диагностической целью, оказывается достаточным для достижения лечебного эффекта. Поэтому правильнее любое исследование живого организма называть биопсийным. Таким образом, все мероприятия, начиная с иссечения тканей и кончая ее гистологическим изучением, следует называть биопсией, а исследуемый участок ткани - биоптатом. Этот раздел деятельности патологоанатома является наиболее важным и ответственным, т.к. нередко решает судьбу больного, а ошибка может стать роковой для последнего.
3. Подготовка и ведение клинико-анатомических конференций, участие в работе комиссий по разбору жалоб.
4. Работа по повышению квалификации; создание коллекции микро - и макропрепаратов; работа со средним и младшим персоналом; беседы с родственниками умерших; методическая работа.

Вскрытие трупа

Вскрытие (секция, аутопсия) представляет собой исследование трупа с целью выявления характера имеющихся в нем структурных изменений.

Смерть больного есть полное и необратимое прекращение жизненных функций организма и прежде всего систем, регулирующих эти функции (биологическая смерть). Различают три вида смерти: 1) естественную, 2) насильственную, 3) смерть, вызванную болезнью.

Насильственная смерть, наступившая в результате каких-либо насильственных действий (несчастные случаи, травма, убийство, самоубийство, отравления), является предметом исследования судебно-медицинской экспертизы. В лечебных учреждениях судебно-медицинской экспертизе подлежат все случаи смерти при неустановленном диагнозе, при подозрении на насильственную смерть, при поступлении в стационар умершего по дороге в больницу, при расследовании жалоб родственников на качество лечения. Объектом судебно-медицинской экспертизы является и скоропостижная смерть, наступившая вне лечебного учреждения неожиданно, среди «полного здоровья». Такая смерть бывает у людей со скрыто протекающим патологическим процессом. Наиболее частой причиной скоропостижной смерти являются болезни сердечно-сосудистой системы, например, ишемическая болезнь сердца. Являясь смертью не насильственной, скоропостижная смерть всегда вызывает подозрение на насильственную смерть.

Предметом исследования судебно-медицинской экспертизы являются также случаи смерти, последовавшей в результате медицинского мероприятия, предпринятого по определенному показанию, но осуществленного неправильно. Например, переливание иногруппной, охлажденной, гемолизированной крови, передозировка сильно - действующих средств, грубая ошибка при оперативном вмешательстве, при проведении наркоза и т.д. Судебно-медицинское вскрытие производится по предписанию правоохранительных органов.

Патологоанатомическому вскрытию подлежат трупы лиц, умерших от болезней в лечебно - профилактических учреждениях. В случае смерти в лечебном учреждении после диагностических и лечебных мероприятий (хирургическая травма, повреждение стенки предсердия при катетеризации, разрыв пищевода при эзофагоскопии и т.д.) вскрытие также проводится патологоанатомом, хотя возникшее насильственное воздействие привело к смерти без всякой патогенетической зависимости от основного заболевания.

Это связано с тем, что в случае смерти после медицинского вмешательства, не всегда удается точно установить до вскрытия его роль в танатогенезе, т.е. трудно определить непосредственную причину смерти (от осложнения основного заболевания или медицинского вмешательства).

Присутствие лечащего врача на вскрытии и разборе допущенных ошибок и их причин необходимо для предотвращения повторения подобных случаев.

Если до вскрытия или по ходу его возникает подозрение на насильственную смерть, вскрытие приостанавливается. На произведенную часть вскрытия составляется протокол. Патологоанатом ставит в известность главного врача, который в свою очередь обязан сообщить правоохранительным органам по месту нахождения данного лечебного учреждения. После соответствующего распоряжения прокуратуры на вскрытие вызывают судебно-медицинского эксперта, который продолжает вскрытие. В отдельных случаях вскрытие может продолжить патологоанатом в присутствии судебно-медицинского эксперта.

В Кыргызской республике вскрытие трупов, подлежащих патологоанатомическому исследованию, производится с согласия родственников умершего (Статья № 43 закона «Об охране здоровья народа Кыргызской Республики» 2005 г. за исключением случаев смерти, подлежащих обязательному патологоанатомическому исследованию).

Задачи вскрытия трупов

Вскрытие трупов - важный аспект работы патологоанатома. Это вытекает из нижеследующего перечня задач вскрытия.

1. Посмертная диагностика болезней - основная задача вскрытия.

«Окончательный диагноз» патологоанатома позволяет решать и остальные задачи вскрытия. Нозологические формы болезней, (синдромы) и патологические процессы диагностируются на основании данных макроскопического (визуального) исследования трупа. В ряде случаев посмертный диагноз должен быть уточнен, а иногда и установлен с учетом данных гистологического, бактериологического, вирусологического и биохимического анализов трупного материала. Обязательно следует учитывать данные прижизненного клинического обследования.

2. Расшифровка клинических проявлений болезни, танатогенеза и причин смерти больных.

Клинические проявления болезни могут быть надлежащим образом объяснены только при изучении ее материального субстрата. Это вытекает из положения единства функции и структуры. Неверная интерпретация клиницистом прижизненных проявлений болезни может быть обусловлена объективными или субъективными факторами: сходство клинических проявлений различных процессов, их патоморфоз - в первом случае, дефекты обследования больного - во втором. Следует, однако, оговориться, что в тех случаях, когда клиницист обследует больного такими методами, как эхография, томография, эндоскопия, то по сути дела материальный субстрат болезней, их клинические проявления на вскрытии только подтверждаются или уточняются.

Расшифровка танатогенеза болезней представляет не только теоретический, но и практический интерес для клинической медицины, особенно реаниматологии, поэтому значима в каждом случае смерти больного. Современная

активная терапия существенно влияет на структурно - функциональные проявления болезней. Поэтому суждение о танатогенезе в значительной части случаев может быть только клинко- анатомическим. В связи с этим клиницисты в истории болезни и в процессе беседы у секционного стола должны точно и последовательно излагать факты (клинические проявления болезни, данные анализов, лечения, особенно его осложнения), а патологоанатом обоснованно связывать структурные и функциональные проявления болезни.

Выявления причины смерти больного - обязательный компонент оценки диагностики и лечения больного. В условиях современной комбинированной патологии и активной терапии на вскрытии нередко выявляется, или несколько патологических процессов различного генеза, или же «цепочка» причинно - следственно связанных процессов, каждая из которых или все они совместно, могли обусловить наступление смерти. Поэтому выделять ведущую причину смерти следует с учетом данных клиники.

3. Выявление ошибок клинической диагностики и лечения больных - необходимый и важнейший элемент улучшения лечебно-диагностической работы отделений. Четкая посмертная диагностика ошибок клинициста - профессиональный долг патологоанатома. Скрытие или нивелирование ошибок во имя сохранения «чести мундира» должны быть исключены.

4. Вскрытие также имеет большое санитарно-диагностическое значение, т.к. в настоящее время в виду редкости многих инфекционных заболеваний, патоморфоза их клинических проявлений, а также иногда и дефектов клинической диагностики, некоторые случаи инфекционных заболеваний при жизни не распознаются. Следовательно, посмертная диагностика инфекционных заболеваний способствует предупреждению распространения инфекций.

5. Вскрытию отводится также большая роль в медицинском образовании и в повышении квалификации врачей, что

способствует развитию у последних клинико-анатомического мышления.

6. Вскрытие умерших имеет важное значение и для развития медицинской науки, так как фундаментальные исследования в области медицины не мыслимы без морфологического обоснования.

Порядок назначения патологоанатомических вскрытий трупов взрослых лиц, умерших в стационаре

Вскрытия производятся в установленном порядке и регламентировано «Положением о порядке вскрытия трупов...» (Приложение №2 к приказу МЗ КР № 492 от 14.11.2005г.)

Ниже приводятся основные положения данного положения, знание которых абсолютно необходимы каждому клиницисту.

1. Трупы больных, умерших в стационаре от ненасильственных причин, подвергаются патологоанатомическому вскрытию. Ответственность за уведомление родственников о смерти больного возлагается на сотрудников лечебного учреждения, где произошла смерть больного.
2. В соответствии со статьей 43 закона «Об охране здоровья граждан в КР 2005 г.» По письменному заявлению родственников умершего и (или) уполномоченного ими лица труп может быть выдан без патологоанатомического вскрытия. Разрешение на выдачу трупа без вскрытия выдается главным врачом или его заместителем по лечебной работе лечебного учреждения, где произошла смерть больного; в тех случаях, когда тело умершего доставлено в патологоанатомическое бюро или Республиканское патологоанатомическое бюро - руководителями патологоанатомическими бюро. Об отмене вскрытия главный врач (или заместитель), начальники патологоанатомических бюро дают письменное указание

в карте стационарного больного с обоснованием причины отмены вскрытия.

Отмена вскрытия не допускается:

2.1. При невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти и (или) непосредственной причины смерти, независимо от продолжительности пребывания больного в стационаре.

2.2. При подозрении на передозировку или непереносимость лекарств (а также диагностических препаратов).

2.3. Во всех случаях смерти:

- связанных с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, лечебных и реанимационных мероприятий, - от острых инфекционных заболеваний или при подозрении на них,

- от онкологических заболеваний при отсутствии прижизненной гистологической верификации,

- от заболеваний, связанных с последствиями экологических катастроф (если не назначено судебно-медицинское вскрытие),

- беременных, рожениц, включая последний день после родового периода.

3. Требующих судебно-медицинского исследования

В случаях смерти больных, не имеющих родственников и (или) определенного места проживания (о чем, как правило, указывается в истории болезни), и при ясном клиническом диагнозе решением начальника патологоанатомического бюро допускается отмена вскрытия. При этом должны быть строго соблюдены пункты 2.1., 2.3. настоящего положения. Труп в таких случаях может быть передан для учебных и (или) научных целей в высшие медицинские образовательные учреждения в соответствии со статьей 44 закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» 2005 г. «Об анатомическом даре».

Порядок проведения патологоанатомического вскрытия

Патологоанатомическое вскрытие разрешается производить в любые сроки после констатации биологической смерти врачами патологоанатомами лечебного учреждения.

Вскрытие трупов больных производится только при представлении в морг одновременно с трупом истории болезни или родов, оформленной в установленном порядке.

История болезни или родов, представляемая для патологоанатомического исследования, должна содержать заключительный клинический диагноз с датой его установления, посмертный эпикриз, подлинники материалов проведенных исследований (рентгенограммы, ЭКГ, лабораторные анализы, карты анестезиологических и реанимационных пособий и др.), визу главного врача или его заместителя с указанием цели направления (на патологоанатомическое исследование, сохранения, и т.д.).

Истории болезни умерших за предшествующие сутки передаются в отделение (бюро) не позднее 10 часов утра.

Существуют различные методы вскрытия: Вирхова, Геллера-Ценкера, Киари, Летюлля, Абрикосова, Шоро, комбинированные методы.

Вскрытия производятся в установленном порядке.

Общепринятый порядок патологоанатомического исследования тела умершего включает в себя следующие последовательные этапы:

1. изучение всей доступной медицинской информации об умершем и составление плана патологоанатомического исследования;
2. наружный осмотр, вскрытие трупа и извлечение органов для патологоанатомического исследования;
3. уборка и сохранение трупа;
4. документация результатов патологоанатомического исследования.

Изучение медицинской документации умершего

Ознакомление патологоанатома, перед вскрытием трупа с историей болезни, а также беседа с клиницистами по случаю смерти обязательны. Это позволяет патологоанатому:

- получить ориентировочное представление о нозологии и причине смерти больного,
- составить предварительный план проведения дифференциального диагноза,
- наметить план вскрытия и проведения дополнительных методов исследования трупа и трупного материала (например - проведение пробы на пневмоторакс, воздушную эмболию, исследование костного мозга, бактериоскопический и бактериологический анализ и т.д.),
- исключить возможность особо опасных инфекционных болезней,
- исключить вероятность насильственной смерти, которая требует официальной передачи трупа для судебно-медицинского исследования,
- исключить, или, наоборот, предположить возможность влияния лечебнодиагностических мероприятий на течение и исход болезни,
- помочь клиницисту сформулировать заключительный клинический диагноз, особенно в случае явного дефекта его оформления.

Поэтому представляемая на вскрытие клиническая история болезни должна содержать:

- четкие сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях и вредных привычках, которые могут быть факторами риска,
- подробные данные об истории развития, течении и клинических проявлениях болезни (болезней), послуживших причиной смерти,
- результаты функциональных исследований, лабораторных анализов и записи консультантов,

- сведения о лечении больного, а также описание диагностических и врачебных манипуляций, хирургических вмешательств и их осложнений.

Клинический (посмертный) эпикриз, завершающий оформление истории болезни умершего, необходим патологоанатому для расшифровки танатогенеза, что особенно значимо в случае комбинированных заболеваний, оперативных вмешательств и интенсивной терапии. Поэтому клинический эпикриз должен содержать следующие сведения:

1. - обоснование основного заболеваниям том числе комбинированного,
2. - описание особенности развития, течения и клинических проявлений болезни у данного больного,
3. - оценку влияния применявшейся терапии на течение болезни,
4. - представление о причине смерти, и если это возможно о танатогенезе (динамики умирания).

Таким образом, к моменту вскрытия патологоанатом должен иметь представление о нозологических единицах, которые он может обнаружить при вскрытии трупа.

Клинические данные

Клинические данные являются важнейшим и нередко абсолютно необходимым компонентом диагноза (так как патологоанатомический диагноз нередко клинико-анатомический), а также обязательным компонентом оценки танатогенеза и причины смерти больных. Например, у больного, умершего от острого инфаркта миокарда, на вскрытии не так-то просто, а иногда - невозможно отдифференцировать как причины смерти шок, коронарную недостаточность, коллапс. ЭКГ - данные о фибрилляции желудочков, клиника шока в сопоставлении с данными морфологии позволяют решать вопрос о причине смерти. Невозможно понять механизм тромбеморрагического синдрома, не зная данных о состоянии свертывающей системы крови. Не зная тактики и техники

оперативного вмешательства, трудно оценивать его значение для исхода болезни. В случае же реанимационных мероприятий без данных клиники вообще невозможно решать вопросы танатогенеза и причины смерти.

Следовательно, история болезни должна быть тщательно прочитана, основные моменты ее вписаны в протокол вскрытия. Необходимо также иметь в виду, что без четких, конкретных клинических данных невозможно качественное составление клинико-анатомического эпикриза. При чтении истории болезни выявляются и дефекты действий, и ошибки мышления врача. Это абсолютно необходимо при оценке качества клинической диагностики и лечения.

Клинический диагноз

Одной из важнейших задач патологоанатомического вскрытия является оценка качества клинической диагностики и лечения больных, что осуществляется путем сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов.

Поэтому обязанность прозектора - вместе с клиницистом до вскрытия, обсудить и сформулировать клинический диагноз. Клинический диагноз должен соответствовать определенным требованиям:

- должен логически вытекать из записей в истории болезни о возникновении, развитии, функциональных проявлениях болезни (болезней), в том числе и по данным лабораторных исследований, а также диагностических мероприятий и лечении больного,

- должен быть полным. Это значит, в нем следует перечислить все выявленные при жизни заболевания (в том числе и вторые болезни) и патологические процессы,

- следует формулировать как «диагноз больного». Это означает патогенетическое построение диагноза с отражением особенностей этиологии, механизма развития и функциональных проявлений болезни у каждого конкретного больного,

- необходимо четко выделить категории диагноза: основное заболевание (в том числе и комбинированное), осложнения, сопутствующие и фоновые заболевания,

- как основное заболевание (в том числе, и комбинированное) следует называть только нозологические формы, а как осложнения - патологические процессы, перечисленные в «международной классификации болезней и причин смерти». Подмена нозологических единиц перечнем симптомов и синдромов не допускается. Термины, применяемые в клиническом диагнозе, должны быть общепринятыми и не допускать двусмысленного толкования,

- должны быть точно указаны даты диагностики основного заболевания (в том числе и комбинированного), сопутствующих заболеваний, осложнений, а также врачебных манипуляций и хирургических вмешательств. Это позволяет оценить своевременность и эффективность лечения больных, а также роль врачебных манипуляций и хирургических вмешательств в исходе болезни не формально, а на основании анализа клинических и морфологических проявлений болезни,

- допускается возможность предположительной диагностики (формулировка основного заболевания или его осложнений с вопросительным знаком). В таких случаях все неясности клиницист обязан подробно осветить в эпикризе,

- оформленный с соблюдением вышеперечисленных правил выносится на лицевую сторону истории болезни,

- врачи всех специальностей должны сформулировать клинический диагноз однотипно.

Наружный осмотр и вскрытие трупа

Начало осмотра трупа связана с установлением соответствия подписи на конечности трупа (бирка с фамилией) с паспортными данными, записанными в истории болезни (идентификация трупа). Затем приступают к наружному осмотру, обращая внимание на признаки наступившей смерти; охлаждение трупа, помутнение роговицы, отсутствие реакции

зрачков на свет, наличие и выраженность трупного окоченения, трупные пятна.

При наружном осмотре трупа определяют пол, особенности телосложения, состояние костного скелета и кожных покровов (цвет, наличие сыпи, кровоизлияний, отеков, операционной раны, следов от медицинских манипуляций), определяют состояние видимых слизистых оболочек полости рта, глаз и т.д.

Уже при наружном осмотре можно получить ряд данных, способствующих установлению диагноза. Например, сильно выраженное трупное окоченение характерно для заболеваний, сопровождающихся эксикозом, например: столбняк, поза гладиатора у умерших от холеры. Слабо выраженное трупное окоченение или его отсутствие говорит в пользу септического состояния. Окрашивание кожных покровов склер и видимых слизистых в желтый цвет свидетельствует о наличии желтухи. Выявления различных оттенков желтого цвета (лимонно - желтый, шафрановый, зелено-желтый) позволяет дифференцировать вид желтух (надпеченочная, печеночная, подпеченочная).

Темный цвет кожи наблюдается при аддисоновой болезни, сопровождающейся гиперпигментацией кожи, цианоз при сердечно-сосудистой недостаточности. Наружному осмотру, который производится сверху вниз, подвергают все поверхности тела, а также все естественные отверстия.

Закончив внешний осмотр, переходят к вскрытию полостей и исследованию внутренних органов, их взаимному расположению и отклонениям, обусловленным болезненными процессами (спайки, деформации). Особое внимание при этом следует уделять осмотру полостей: брюшной, плевральной (наличие жидкости, спаек, инородных тел), состоянию брюшины и других серозных оболочек (наличие рыхлых наложений, помутнения), состоянию швов в случае оперативного вмешательства.

При подозрении на воздушную эмболию вскрытие начинают после основного секционного разреза, с пробы на воздушную эмболию, для чего в полость сердечной сумки заливают воду, пока сердце не окажется под водой и

прокалывают ножом стенку правого предсердия. Во всех остальных случаях вскрытие начинают с головы. При этом извлекают мозг, после чего производят осмотр мягкой и твердой мозговой оболочек, состояния синусов, костей основания черепа.

После извлечения из трупа органов определяют их размеры, вес, форму, консистенцию, состояние поверхностей, а при разрезании - характер паренхимы, наличие патологических процессов с подробной анатомической картиной изменений. Полые органы разрезаются, при этом обращается внимание на состояние выстилки полостей и их содержимое. Исследуют целостность костей, а для изучения костного мозга необходимо распилить грудину, тело позвонков и одну из трубчатых костей. Осматривают сосуды и суставы.

Вскрытия мертворожденных и новорожденных отличаются некоторыми особенностями. Труп следует взвешивать, измерять длину тела и окружность головы. Указать признаки недоношенности (мягкие ушные раковины, оволосение на плечах и спине, пупочное кольцо ниже середины расстояния между лоном и мечевидным отростком грудины, короткие ногтевые пластинки, у девочек - зияние половой щели, у мальчиков - яички не опущены в мошонку) или переносности (плотные кости черепа, сросшиеся швы), состояние пуповидного остатка (его длина, консистенция, цвет, наличие и характер отделяемого). Следует обратить внимание на окраску кожных покровов, различную в зависимости от характера патологического процесса. Так, бледность кожных покровов характерна для «белой асфиксии» и острой анемии, цианоз - для «синей асфиксии». Наличие сыпи наблюдается при сифилисе и листериозе, пузырей - при пемфигусе.

Учитывая возможности диагностирования родовой травмы, требуется тщательно измерить отдельные части трупа, определить форму головы, целостность костей черепа, состояние родничков, глаз, ушей, рта, длину и толщину шеи, подвижность ее, наличие кровоизлияний, ссадин и борозд в области шеи, целостность хрящей гортани и другие повреждения, могущие иметь место. Определяются также

ширина, форма, симметричность, окружность грудной клетки, дефекты кожи и костей, различные деформации грудной клетки.

При осмотре головы следует обращать внимание на наличие, величину, локализацию родовой опухоли. Тщательному исследованию должны подвергнуться конечности, ключицы для выявления возможной их родовой травмы. Важен также осмотр остатков пуповины (характер заживления, наличие мокнутия, грануляций, гнойного воспаления). К особенностям вскрытия трупа новорожденного относятся вскрытия черепа, позвоночника, передней стенки грудины, живота и конечностей.

В отличие от вскрытия умерших взрослых аутопсия трупов новорожденных начинается с полостей тела, а заканчивается вскрытием черепа. При этом следует создать условия для тщательного осмотра мозжечкового намета и серповидного отростка, часто повреждаемых в родах при конфигурации головки плода с предохранением их от посмертных надрывов и разрывов, а также повреждения большого мозга, выявить источник субдуральных кровотечений. При вскрытии головного мозга следует обратить внимание на размеры желудочков мозга, наличие пороков развития, очагов некроза и петрификаций.

При осмотре позвоночника необходимо определить наличие его растяжения и разрывов (необычайная его подвижность, кровоизлияния в переднюю продольную связку позвоночника, в эпидуральное пространство, гематомиелия, размягчение). При вскрытии передней брюшной стенки живота следует осмотреть состояние пупочных сосудов. При исследовании одного из нижних эпифизов бедра определяют наличие и максимальный диаметр ядра окостенения Беклара, свидетельствующее о степени доношенности.

При каждом патологоанатомическом вскрытии обязательным является гистологическое исследование органов и тканей, набор которых меняется в зависимости от характера заболевания. Для этого врач-патологоанатом берет кусочки из органов и помещает их тут же в фиксирующую жидкость (чаще это 10—12% раствор нейтрального формалина). Обработка и подготовка этого материала для гистологического исследования

проводится теми же методами, что и при биопсии. В случае необходимости врач проводит забор материала для таких специальных исследований, как цитологические, микробиологические, вирусологические, цитогенетические, биохимические.

Вскрытия лиц, умерших от инфекционных заболеваний, отличается по организационным мероприятиям, технике и значимости. Нередко во время эпидемических вспышек правильный диагноз впервые удается установить только у секционного стола. Вскрытия должны производиться в секционных залах, специально предназначенных для вскрытия лиц, умерших от инфекционных заболеваний. В секционном зале в этом случае должно быть достаточное количество дезинфицирующих растворов (5-8% раствор лизола, 5-10% хлорамина и др.) и дезинфекционной аппаратуры для орошения поверхности трупа, инвентаря, одежды и помещения после окончания вскрытия (гидропульт, дезинфекционный пульверизатор ПД и др). Необходимо применять все меры для предотвращения заражения помещения и персонала в патологоанатомическом отделении (обработка материалов и одежды перед входом и особенно перед выходом из отделения, особенно обеззараживания секционного стола, посуды и т.д.).

При вскрытии умерших от инфекционных невысокотрансмиссивных заболеваний прозектор и его помощники поверх халата одевают длинный халат и передник (из прорезиненной или синтетической водонепроницаемой ткани, резиновые анатомические перчатки, голову покрывают колпаком или косынкой, на обувь надевают резиновые калоши).

Очень важен наружный осмотр трупа, особенно кожи, слизистой оболочки губ, конъюнктивы (сыпь при кори, скарлатине, сифилисе, точечные кровоизлияния при сыпном тифе - симптом Киари - Авцына), состояние лимфатических узлов (подмышечных, паховых, шейных), так как полученные данные могут служить некоторым подспорьем в диагностике.

Вскрытие умершего от инфекционных болезней лучше проводить по методу Абрикосова, препятствуя тем самым

растеканию инфицированных жидкостей и крови. При патологоанатомической диагностике острых инфекционных заболеваний обязательным является проведение гистологических, бактериологических, микологических, а при ряде заболеваний - вирусологических и серологических исследований.

В случае обнаружения в ходе вскрытия умершего, особо опасную инфекционную болезнь (ООИ) или при подозрении на нее вскрытие немедленно прекращается. Труп покрывается простыней, смоченной дезинфицированным раствором. Из секционного зала удаляют в соседнее помещение без права выхода из него всех присутствующих, за исключением лиц, непосредственно производящих вскрытие. Прекращается сток промывных вод в общую канализационную сеть (они собираются в емкости с дезинфицирующими растворами).

О возникшем подозрении на ООИ немедленно сообщается по телефону или через лиц, присутствующих на вскрытии, руководителю лечебнопрофилактического учреждения, который обязан вызвать консультантов из противочумных учреждений или отделов особо опасных инфекций СЭС. Вскрытие продолжается по прибытии специалиста по особо опасным инфекциям.

Вскрытия умерших, от конвенционных болезней (чума, холера) проводится в соответствии с «инструкцией о противозидемическом режиме работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями инфекционных заболеваний I-II группы».

Вскрытие трупов людей, умерших от особо опасных инфекций, имеет ряд особенностей. Они сводятся к обязательным мерам личной профилактики, соблюдение которых направлено на предохранение персонала от заражения и предупреждения возможности рассеивания возбудителя в окружающую среду. Не рекомендуется проводить секцию методом полной эвисцерации по Шору. Следует пользоваться методом *in situ*, исключая извлечение органов, что уменьшает вероятность загрязнения окружающих предметов,

так как инфицированная кровь, содержимое органов, полостей тела и желудочно-кишечного тракта стекают, при их вскрытии в полость трупа. При вскрытии больных, умерших от особо опасных инфекций, сточные воды, до спуска в канализацию должны быть обеззаражены известью или другими хлорсодержащими веществами, лизолом.

Аутопсия трупов лиц, умерших от чумы, сибирской язвы, легочной формы сапа или при подозрении на них производится в противочумном костюме 1 типа - полном противочумном костюме.

Костюм 1 типа состоит из комбинезона или пижамы, капюшона или соответствующей косынки (90X90X 125см.), противочумного халата, ватномарлевой маски, очков-консервов типа авиационных, резиновых перчаток, сапог (резиновых или кожаных), носков или чулок и полотенца. Противочумный халат в отличие от обычного значительно длиннее, полы его заходят одна за другую, застежки у ворота в виде двух, а на рукавах - в виде одной длинной тесемки, пояс длиннее обычного.

Противочумный костюм II типа состоит из пижамы или комбинезона, противочумного халата, шапочки или косынки, резиновых перчаток, резиновых или кожаных сапог.

Вскрытие умерших от холеры, сапа и натуральной оспы или при подозрении на них производится в противочумном костюме типа II. Патологоанатом и помощники дополнительно к противочумному костюму надевают фартук и клеенчатые нарукавники, а также вторую пару резиновых перчаток. Рекомендуются сначала надевать хирургические перчатки, а поверх их анатомические.

Во всех случаях смерти от ООИ необходимо произвести гистологическое, бактериологическое (вирусологическое), серологическое исследования, а также биологические пробы.

Сначала надо взять маленькие кусочки для бактериологического (вирусологического), а затем для гистологического исследования, причем кусочки органов, тканей, жидкости не должны заливаться дезинфицирующим или фиксирующим раствором. Бактериоскопию мазков из органов

произвести во время вскрытия, также их кровь, которую берут из полостей сердца или локтевой вены. Экссудат, обнаруженный при пневмонии, обязательно подвергается бактериологическому, а иногда и вирусологическому исследованию. При подозрении на отравление, перед вскрытием желудка и кишечника их содержимое отдельно помещают в чистые стеклянные банки и отправляют в судебно-химическую лабораторию. Желчный пузырь необходимо вскрывать только после обследования кишечника (И.А.Чалисов, Т.Хазанов, 1980г.)

Для окончательного диагноза чумы, сибирской язвы обязательно бактериологическое подтверждение. Трупы умерших от сибирской язвы, когда диагноз подтвержден прижизненно бактериологически, вскрытию не подвергаются. В случае крайней необходимости, вскрытие умершего от сибирской язвы производит только врач-патологоанатом в присутствии специалиста по особо опасным инфекциям.

После вскрытия, труп обмывают дезраствором и заворачивают в простыни, обильно смоченные дезраствором, а затем укладывают в гроб, в который предварительно насыпается негашеная или хлорная известь. Дезраствором обрабатывается и поверхность гроба.

После уборки трупа и помещения, тщательного обмывания в дезрастворе рук в перчатках, нарукавников, фартука, сапог, их снимают вне секционной. Инструменты дезинфицируют кипячением в 2-5% растворе карбоната натрия не менее 30 минут или погружают в 2-3 % раствор лизола, 10% раствор формалина.

Захоронение трупов лиц, умерших от ООИ (кроме чумы), производят специально выделенные лица, одетые в противочумные костюмы 1 типа и вакцинированные против этих заболеваний. Средства перевозки, защитную одежду, почву вокруг могилы и все предметы, бывшие в соприкосновении с гробом, дезинфицируют. Могила должна быть на расстоянии не менее 600 м от населенного 1 пункта и водоемов, на сухом, незатопляемом месте, глубиной 2 метра. Дно могилы поверх

гроба засыпают хлорной известью. Трупы умерших от чумы сжигают.

Документирование результатов патологоанатомического исследования

Результаты вскрытия протоколируют (форма № 013 / У).

О качестве работы прозектора следует судить с двух точек зрения.

1. Оценивать технику проведения вскрытия, умения диагностировать и анализировать анатомические данные, диагностировать патологоанатомические процессы у секционного стола и в микроскопе, оценивать танатогенез и причину смерти, объяснять особенности течения и проявления заболевания в каждом конкретном случае.
2. Оценивать качество оформления патологоанатомической документации.

Обе стороны деятельности прозектора важны в равной мере.

Однако умение диагностировать выступает сразу же, у секционного стола, особенно при заключении и ответе на вопросы клиницистов. А дефекты оформления выявляются позже, на дальнейших этапах прохождения протокола вскрытия; во время гистологического исследования; на клинко-анатомической конференции или при составлении отчета патологоанатомического отделения (бюро).

В настоящее время особую значимость и той и другой стороне деятельности патологоанатома придают три обстоятельства:

1 - усложнение патологоанатомического исследования с связи с широким применением сложных терапевтических, хирургических и реанимационных мероприятий, а также в связи с патоморфозом, что в значительной мере изменило морфологию болезни.

2 - возросшие требования клиницистов к расшифровке морфологического субстрата болезни, танатогенеза и причин смерти больных, оценки эффективности и качества лечения, причин неадекватности терапии.

3 - необходимость унификации действий и оценок, то есть в конечном итоге диагностики и оформления документации.

Протокол патологоанатомического вскрытия состоит из следующих конструктивно связанных друг с другом частей:

1. Паспортная часть.
2. Клинические данные (история болезни).
3. Клинический диагноз (диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении, заключительный клинический диагноз).
4. Текст протокола.
5. Перечень материала, взятого для исследования (гистологического, бактериологического, вирусологического и др.).
6. Описание гистологических и других дополнительных методов исследования.
7. Патологоанатомический диагноз.
8. Клинико-патологоанатомический эпикриз.

Каждая из перечисленных частей протокола вскрытия важна в равной мере, дефекты оформления каждой из них неизбежно скажутся в протоколе, в его качестве в целом.

При изложении протокола патологоанатомического вскрытия необходимо придерживаться главного принципа - объективности вскрывающего. Ни в коем случае не упрощать и не скрывать дефекты диагностики и лечения, если таковые имели место.

Паспортная часть протокола

Паспортная часть протокола заполняется тщательно, лучше, если это делает сам врач. Пропуски и неясности недопустимы, ибо сказываются на трактовке случая. Возраст – имеется органная специфика течения и морфологических

проявлений болезни; место жительства - районы эндемических заболеваний (зоб, нефроз, нефрит); национальность - генетические болезни у «древних народов» - армяне, евреи, арабы; профессия - профессиональные болезни.

Следует также иметь в виду, что паспортные данные абсолютно необходимы для четкой характеристики материала при статистической обработке.

Описательная часть протокола вскрытия

В описательной части протокола вскрытия проводится точное описание обнаруженных анатомических изменений органов и систем в следующем порядке:

- кожные покровы, подкожная клетчатка, у женщин -- молочные железы;
- полость черепа: нервная система - головной мозг и его оболочки (при необходимости - спинной мозг, периферические нервы, органы чувств.);
- положение внутренних органов: шеи, грудной и брюшной полостей, высоту стояния диафрагмы;
- органы дыхания: полости носа, придаточные пазухи, гортань, трахея, легкие, плевра;
- органы кровообращения: сердце, периферические сосуды;
- органы пищеварения: полость рта, зев, небные миндалины, глотка, пищевод, желудок, кишечник, поджелудочная железа, печень, желчные протоки, желчный пузырь;
- мочеполовые органы: почки, мочеточники, мочевого пузыря и половые органы: у мужчин - предстательная железа, яички; у женщин - матка, трубы, яичники;
- органы кроветворения: состояние костного мозга и крови, селезенки, лимфатических узлов;
- железы внутренней секреции: гипофиз, щитовидная и околощитовидная железы, надпочечники, тимус;

- опорно-двигательный аппарат, состояние мышц, костей и суставов:

Указанный порядок может меняться в зависимости от особенностей наблюдения.

Клинико-анатомический эпикриз

Заключительной частью протокола вскрытия является формулирование клинико-патологоанатомического эпикриза.

Клинико-анатомический эпикриз должен содержать следующие разделы:

1. Обоснование диагноза основного заболевания.
2. Обоснование механизма развития основного заболевания и его осложнений.
3. Раскрыть клинические проявления болезни, особенно в неясных для клиницистов случаях или же при расхождении клинических и анатомических диагнозов.
4. Расшифровку танатогенеза и причины смерти больных.
5. Оценку тактики клиницистов в отношении диагностики и лечения, особенно оперативного, влияния терапевтических мероприятий на течения и исход заболевания.

Клинико-анатомический эпикриз должен иметь индивидуальный характер. Особенно тщательно следует излагать его в случаях расхождения клинических и анатомических диагнозов; смерти в связи с неправильными медицинскими манипуляциями; смерти после применения лекарственных препаратов, наркоза, реанимационных мероприятий.

Оформление протокола патологоанатомического вскрытия завершается формулировкой патологоанатомического диагноза. Диагноз патологоанатома - диагноз окончательный.

Патологоанатомический диагноз, установленный при вскрытии, должен найти подтверждение при последующем гистологическом исследовании органов и тканей. В ряде случаев

в результате микроскопического, бактериологического, биохимического и других дополнительных методов исследования диагноз, установленный патологоанатомом на вскрытии, может быть изменен. Если во время сложного случая врач затрудняется установить окончательный диагноз, он имеет право до результатов дополнительных исследований установить предварительный диагноз. Окончательный патологоанатомический диагноз вносится в медицинскую карту (история болезни) стационарного больного, которая должна быть передана в медицинский архив больницы, как правило, не позднее десяти дней после вскрытия.

Патологоанатомический диагноз

«Диагноз - медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся у него заболевании (травме), или причина смерти в терминах, обозначающих название болезней, их формы и варианты течения».

Постановка диагноза не просто формальный акт, а четкое словесное выражение анализа прижизненных, функциональных проявлений болезни или же выявленных на вскрытии структурных изменений органов и тканей. В качественном диагнозе должны быть отражены не только нозология, но и этиология, патогенез и индивидуальные морфофункциональные проявления болезни у конкретного больного или умершего.

Патологоанатомический диагноз - заключительный и, как правило, окончательный этап познания болезни. Это важнейшая форма контроля за качеством прижизненной диагностики болезни и лечения больных, организацией лечебно - диагностического процесса в медицинских организациях, а также повышения квалификации клиницистов и патологоанатомов. Патологоанатомический диагноз - основа реальной оценки распространения болезней и причин смерти в отдельных регионах и в республике в целом. Эта база организационных и лечебно-

профилактических действий органов здравоохранения, а также социально-экономических мероприятий.

Содержание и структура патологоанатомического диагноза должна как можно полнее отражать болезнь и патологические процессы, выявленные на вскрытии. Лишь полная объективная ретроспективная оценка прижизненных проявлений патологии в каждом конкретном случае может послужить расшифровке причин и механизма смерти, а также повышению квалификации врачей, улучшения лечебно-диагностической работы в целом. Нужно иметь в виду, что патологоанатомический диагноз может иметь юридические последствия для врача и среднего медицинского персонала, а также социальные - для семьи умершего.

Основой, «строительным материалом» для патологоанатомического диагноза и клинико-анатомического эпикриза являются данные о структурных изменениях органов и тканей, выявленные при вскрытии трупов, результаты гистологического, бактериологического (вирусологического) исследования трупного материала, сведения о прижизненных, функциональных проявлениях болезни из ее истории, заключительного клинического эпикриза, а также клинического диагноза. В условиях современной комбинированной патологии и интенсивной терапии, нередко меняющей «морфологическое лицо» болезни, квалифицированная посмертная диагностика болезни и расшифровка ее танатогенеза вообще возможна только при обязательном учете клинических данных. Все это определяет необходимость выполнения клиницистами некоторых требований к изложению заключительного клинического диагноза и эпикриза.

Принципы конструкции клинического и патологоанатомического диагнозов должны быть аналогичны. Только унифицированный подход к диагностике позволяет сличать клинические и патологоанатомические диагнозы и тем самым контролировать качество прижизненного распознавания болезней и лечения больных. Единообразие относится к оценке клиницистом и патологоанатомом функциональных проявлений

болезни и выявляемых на вскрытии структурных изменений органов и тканей, использование общепринятых диагностических терминов, одинаковой регистрации нозологических форм и патологических процессов согласно терминологии, принятой в МКБ 10 пересмотра.

При оформлении патологоанатомического диагноза необходимо придерживаться следующих правил:

1. Патологоанатомический диагноз должен быть полным. В диагнозе следует перечислить все, без исключения, болезни и патологические процессы, обнаруженные на вскрытии, в том числе анатомические исходы ранее перенесенных заболеваний.
2. Морфологическая документация каждого заболевания и патологического процесса, включенного в диагноз, должны быть в наличии. Следует указать этиологию процесса (с учетом данных дополнительных исследований), локализацию и выраженность структурных изменений органов и тканей, активность процесса, анатомические проявления врачебных манипуляций и хирургических вмешательств. Именно морфологическая характеристика определяет индивидуальность диагноза в каждом конкретном случае.

Клинические данные и элементы клинического диагноза возможно и необходимо использовать при формулировке патологоанатомического диагноза в следующих случаях:

- при определенных вмешательствах и врачебных манипуляциях, если они прямо или косвенно повлияли на исход болезни;
- при материнской смерти, с указанием патологии беременности, родов, послеродового периода, срока беременности, а также методов оперативного вмешательства и реанимационных мероприятий;
- в случаях психических заболеваний, морфологические проявления которых очень скудны.

3. Четко разграничить категории патологоанатомического диагноза, то есть основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих и других заболеваний.

Основное заболевание - заболевание, которое обусловило

основные клинические проявления болезни, а у умерших - (непосредственно или через осложнения патогенетически с ним связанные) обусловили смерть.

Осложнения основного заболевания - патологические процессы, генетически связанные с основным заболеванием, хотя они и могли иметь иную этиологию. Осложнения могут развиваться последовательно, будучи связаны друг с другом.

Сопутствующие заболевания - не связанные с основным заболеванием и не оказывающие влияние на его течение, хотя и имеющие определенные морфологические и клинические проявления. К сопутствующим заболеваниям относятся и структурные проявления ранее перенесенных болезней.

Комбинированное основное заболевание

Современная патология весьма своеобразна. У пожилых людей и детей перинатального периода часто встречаются несколько нозологических форм, каждая из которых могла иметь роль в генезе смерти. Это так называемые бикаузальные или мультикаузальные болезни. При наличии у больного или умершего нескольких нозологических форм патологии говорят о комбинированном основном заболевании.

В сложном комплексе взаимосвязанных болезней патологоанатом обязан выделить проявления каждой нозологической формы, расшифровать связи между ними и определить роль каждой формы в танатогенезе.

Различают 3 (три) варианта комбинированного основного заболевания, а именно: - конкурирующие заболевания, сочетающиеся заболевания, фоновые заболевания.

- Конкурирующие заболевания.

Конкурирующими называют нозологические формы, которые сами по себе в отдельности могли бы привести к смерти больных. Сочетаясь во времени, утяжеляя состояние больного, они ускоряют наступление смерти.

- Сочетающиеся заболевания. Взятые в отдельности в данный момент не являются смертельными, но, развиваясь одновременно, в совокупности через общие осложнения приводят к смерти.

- Фоновые заболевания. Фоновыми называют заболевания, которые играют существенную роль в возникновении и течении основного заболевания или способствуют возникновению смертельных осложнений. Фоновыми называют заболевания, связанные с основным заболеванием патогенетически.

При комбинированном заболевании в качестве основного заболевания, то есть первоначальной причины смерти, из комплекса болезней выбирают:

- заболевание, роль которого в патогенезе была ведущей;
- нозологическую единицу, наиболее вероятную как первоначальную причину смерти;
- нозологическую форму, наиболее тяжелую по осложнениям и последствиям;
- заболевания, имеющие большую вероятность частоты и летальности.

4. Максимальное использование для конструкции патологоанатомического диагноза рубрик МКБ.

Для регистрации основного заболевания, в том числе и комбинированного, а также сопутствующих заболеваний используются только нозологические формы, а осложнений - патологические процессы.

5. Патогенетическое построение диагноза.

Это очень важный этап диагностики, его цель - расшифровка формы и вида, причинно - следственных связей между выявленными на вскрытии болезнями и патологическими процессами. Именно патогенетический подход позволяет превратить формально - абстрактный диагноз в индивидуальный диагноз с особенностями течения и анатомических проявлений болезни. Для этого основное заболевание, в том числе и комбинированное, осложнения и сопутствующие заболевания излагают в той последовательности, в которой патологоанатом расценивает разные заболевания и танатогенез.

Неблагоприятные последствия диагностических и лечебных мероприятий как категория патологоанатомического диагноза

Требования к конструкции патологоанатомического диагноза особенно значимы в случае выявления на вскрытии неблагоприятных последствий диагностики и лечения, причем как консервативного, так и оперативного. Это тем более значимо, что число случаев патологии терапии увеличивается, а ее проявления становятся все более вариабельными по мере увеличения объема и методов лечения. Известен целый ряд медицинских манипуляций, которые могут вести к осложнениям, несовместимым с жизнью.

Трактовка патологии терапии в патологоанатомическом диагнозе различна в зависимости от обоснованности и правильности лечебных мероприятий.

Лечебные и диагностические мероприятия как основное заболевание и неблагоприятные последствия лечебных, а также и диагностических мероприятий рассматривают как основное или сочетанное заболевание в следующих случаях:

- если медицинское вмешательство предпринято по ошибочному диагнозу или с косметической целью;
 - если медицинское вмешательство предпринято по показаниям, но проведено неправильно;
 - при аллергических реакциях без предварительной аллергической пробы;
 - если медицинская манипуляция проведена с целью диагностики или профилактики (вакцинация);
- если смерть наступила от наркоза.

Диагноз «наркотная смерть» может быть установлен только в бесспорных случаях, когда выявлены и документированы следующие факты:

- нарушение техники наркоза; повторная интубация, несоответствие дыхательных путей и трубки, травма дыхательных путей, введение трубки в пищевод;
- недостаточная или избыточная премедикация;

- неправильное соотношение компонентов наркоза;
- повышенная или извращенная чувствительность к наркотическому веществу.

Нарушение техники наркоза верифицируется коллегиально патологоанатомом и анестезиологом. Данные патологоанатома можно расценивать, как доказательство только при наличии анатомических признаков асфиксии, регургитации или шока. Механизм же бронхоспазма, рефлексорной остановки сердца, гипоксии может быть расшифрован только путем клинко-анатомических сопоставлений.

Лечебные и диагностические мероприятия, как осложнения основного заболевания:.

- неблагоприятные последствия диагностических и лечебных мероприятий расценивают в патологоанатомическом диагнозе как осложнения, если они были проведены по показаниям и осуществлены правильно или же были проведены на патологически измененных тканях;

- смерть же больного, наступившая из-за индивидуальной непереносимости препарата, тяжелого состояния больного или запущенности заболевания, чего нельзя было предусмотреть заранее.

Включение в патологоанатомический диагноз патологии терапии - тяжелая моральная задача для патологоанатома. Для клинициста же констатация смертельных осложнений диагностики и лечения в патологоанатомическом диагнозе моральное, иногда - юридическое наказание. Тем не менее ложное понимание «чести мундира» при оценке патологии терапии влиять на диагностику патологоанатома не должно. Однако, посмертно, патология терапии может диагностироваться только после тщательного анализа истории болезни, ознакомления с литературой, а также гистологического и других методов исследования трупного материала. Необходимо учитывать также роль в танатогенезе патологии, по поводу которой проводились диагностические и лечебные мероприятия. Согласование точек зрения патологоанатома и клинициста, а также обсуждение случая на клинко-анатомической конференции

обязательно.

Предварительный и окончательный патологоанатомический диагноз

Оформление протокола патологоанатомического вскрытия должно быть закончено на следующий день после вскрытия. Диагноз, сформулированный по результатам вскрытия на макроскопическом исследовании трупа, условно считается предварительным. Окончательный диагноз формулируется после гистологического и других методов исследования трупа в пределах 10-14 дней после вскрытия.

Возможны следующие варианты оформления патологоанатомического диагноза после проведения дополнительных методов исследования:

1. Гистологический и другие методы подтверждают диагноз, сформулированный после вскрытия. В этом случае на лицевой стороне протокола вскрытия делается запись «Гистологическое (бактериологическое, вирусологическое) исследование подтверждает диагноз».
2. Гистологический и другие методы исследования дополняют или расшифровывают диагноз, сформулированный после вскрытия. Это документируется записью дополнительно выявленных или уточненных изменений на лицевой стороне протокола вскрытий.
3. Гистологическое (бактериологическое, вирусологическое) исследование полностью или частично изменяет представление о патологии, установленной на вскрытии. В этом случае формулируется новый диагноз, копия которого обязательно направляется в клинику.

Принципы конструкции патологоанатомического диагноза в случаях смерти детей те же, что и взрослых. Однако структурно - функциональные особенности организма ребенка определяют

некоторые отличия морфологической диагностики.

Конструкция патологоанатомического диагноза в случаях перинатальной смерти.

У детей, умерших перинатально или в постнатальном периоде, корректная морфологическая диагностика, расшифровка танатогенеза и построение патологоанатомического диагноза весьма сложны. Это, прежде всего, связано с тем, что любая патология в данных периодах обусловлена нарушением причинно - следственных связей в системе «мать - плацента - плод», а также с нередким у плодов и новорожденных наличием комплекса болезней. Поэтому патологоанатомический диагноз в случаях перинатальной смерти достоверен лишь при учете роли патологии матери, плаценты, беременности и родов, то есть комплекса причин и условий, в генезе болезней плода и новорожденного.

Рекомендуется следующая схема конструкции «перинатального патологоанатомического диагноза»:

1. Непосредственная причина смерти
2. Патология плода
3. Патология родов
4. Патология беременности
5. Патология матери

В пунктах 2,3,4,5 следует по возможности выделить основную, способствующую и прочую патологию.

Патология матери

К патологии матери относится, во-первых, экстрагенитальные заболевания, имевшиеся до беременности (например: ревматические пороки сердца, сахарный диабет, пиелонефрит), а также развившиеся во время беременности (ОРВИ, пневмонии, сифилис). К патологии матери относят также аномалии родовых путей, как врожденные, так и приобретенные (узкий таз, опухоли). Патология матери вносится в патологоанатомический диагноз из клинического. При этом, если связь патологии матери с заболеванием плода установлена

определенно, то этиологическая характеристика вносится в патологоанатомический диагноз (например: врожденный сифилис, гемолитическая болезнь вследствие резус - конфликта). В остальных случаях нарушение причинно - следственных связей в системе «мать - плод» целесообразно расшифровать в эпикризе.

Патология беременности

Включает состояния матери, прямо связанные с беременностью (анемия и отеки беременных, гестозы), а также многоводие и аномалии положения плода.

Патология родов

К данной патологии относятся изменения динамики родов (быстрые, затяжные), а также раннее излитие околоплодных вод, длительный безводный период, слабость родовой деятельности, преждевременные роды и обвитие пуповины.

Патология плода (новорожденного)

Патология плода (новорожденного) может быть верифицирована в патологоанатомическом диагнозе по-разному, в зависимости от роли в танатогенезе, а именно: как основное, компонент основного комбинированного заболевания, как сопутствующее заболевание или осложнение.

Ниже приводятся рекомендации по оценке места ряда нозологических форм перинатальной патологии в патологоанатомическом диагнозе.

Внутрижелудочковые кровоизлияния следует рассматривать как основное заболевание, так как они имеют все отличительные признаки нозологических форм: определенную этиологию (гипоксия, родовая травма), патогенез (повышение внутрижелудочкового давления, повышение сосудистой проницаемости), а также достаточно четкие клинические и морфологические проявления.

Все варианты СДР (пневмопатии) - первичный ателектаз легких, отечно-геморрагический синдром, гиалиновые мембраны, синдром массивной аспирации являются основным заболеванием, а их проявления - дыхательная недостаточность - смертельным осложнением. Термин «дыхательная

недостаточность» в подобных случаях использовать предпочтительнее термина «асфиксия».

При сочетании СДР (пневмопатий) с врожденными кровоизлияниями каждая из нозологических форм может быть выставлена в патологоанатомическом диагнозе как основное, конкурирующее или сочетанное заболевание, что зависит от клиники болезни и тяжести структурных изменений. Место «асфиксии» в патологоанатомическом диагнозе в случаях перинатальной смерти определяется путем клинико-анатомических сопоставлений.

Антенатальная и интранатальная асфиксия плода является основным заболеванием, если клинически и морфологически здоровый плод погибает от острого нарушения маточно-плацентарного или плацентарноплодного кровообращения (отслойка плаценты, оболочечное прикрепление или же истинные узлы пуповины).

Асфиксия новорожденного, умершего в течение первых суток жизни, диагностируется как основное заболевание при клинически выявленной антенатальной или интранатальной гипоксии плода, связанной с патологией матери или родов. Если же морфологически найдены органические заболевания легких (пороки развития, СДР), кровоизлияния в мозг или другие органические заболевания, дыхательную недостаточность следует относить к осложнениям.

Роль врожденных пороков развития (ВПР) в танатогенезе различна: ВПР, несовместимые с жизнью, множественные ВПР, а также ВПР, ведущие к смертельным осложнениям - являются основным заболеванием. При комбинации с инфекционными заболеваниями, или с другой патологией; ВПР, в зависимости от их тяжести, могут быть расценены как конкурирующее или сочетанное заболевания. ВПР, не имеющие значения в генезе смерти, относят к сопутствующим заболеваниям. Следует подчеркнуть, что для реальной оценки места ВПР в патологоанатомическом диагнозе необходима их подробная морфологическая характеристика; топография, форма, выраженность.

Место родовой травмы определяется аналогично. Травма может быть основным, конкурирующим, сочетанным или сопутствующим заболеванием. Важно представление о месте в патологоанатомическом диагнозе относительно недавно выделенных нозологических форм патологии, таких как иммунодефицитные синдромы, болезни накопления, хромосомные синдромы, первичная тимомегалия- они должны расцениваться как основное заболевание.

Инфекционные болезни новорожденных так же, как инфекционные фетопатии, сепсис различного генеза, аспирационная пневмония, являются основными заболеваниями.

Место *ятрогенной патологии* в патологоанатомическом диагнозе в случаях перинатальной смерти определяется тяжестью ее структурно функциональных проявлений. Патологоанатом может диагностировать ятрогенную патологию в качестве основного, конкурирующего, сочетанного или сопутствующего заболевания. Заболевание же, по поводу которого больного лечили, относят к фоновому, конкурирующему или сочетанному. В качестве примера ятрогении как основной патологии можно назвать наиболее часто встречающиеся на вскрытии осложнения катетеризации подключичной вены (септический тромбофлебит с тромбозами легких, бактериальный эндокардит трехстворчатого клапана, гемоторакс и пневмоторакс), а также катетеризационный пупочный сепсис.

Конструкция патологоанатомического диагноза в случае смерти детей до 1 года

В патологоанатомический диагноз детей, умерших, начиная с 8 суток жизни, патология матери не вносится. Однако клинические данные об экстрагенитальной патологии матери, а также беременности и родов, патологии последа целесообразно использовать в эпикризе при расшифровке танатогенеза.

Критерии оценки роли в танатогенезе, а, следовательно, и места в патологоанатомическом диагнозе, ВПР, ятрогенной патологии, иммунодефицитных синдромов, болезней

накопления, тимомегалии и хромосомных синдромов в данном возрасте те же, что и в перинатальном периоде.

У детей, умерших в возрасте от 8 суток до года, преобладающей является инфекционная патология. Качественная диагностика инфекционных заболеваний должна основываться на комплексе данных клинических, морфологических и лабораторного исследования трупного материала. Идеальный вариант лабораторного анализа - сочетание серологических реакций и бактериологического исследования. Минимально допустимый вариант - бактериоскопия. Лишь комплексное исследование позволяет расшифровать инфекционные болезни сегодняшнего дня. А они в большинстве своем мультикаузальные, то есть вызванные различными нозологическими формами.

Схема оценки возможного места инфекционных заболеваний в патологоанатомическом диагнозе лишь приблизительно. Патологоанатом может диагностировать инфекции по-разному.

Основным заболеванием, вне зависимости от наличия другой патологии у детей в возрасте до 1 года, является, например, менингококцемия, сепсис, дифтерия. Инфекционные болезни, имеющие место у детей с ВПР, можно расценивать как конкурирующие заболевания. Мультикаузальные инфекции как одной и той же, так и различной локализации целесообразно считать сочетанными болезнями. Если же имеются клинические данные о последовательности развития инфекционных заболеваний, первоначальную инфекцию, особенно эффективно леченную, допустимо полагать фоновой патологией. В качестве сопутствующего следует включать в патологоанатомический диагноз инфекционное заболевание, развившееся у ребенка в терминальном состоянии.

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов

Сличение клинического и патологоанатомического

диагнозов завершает клинико-анатомический разбор секционного случая.

Оно является важным инструментом в руках патологоанатома в плане воздействия на постановку лечебно-диагностического процесса в лечебной организации, в деле повышения квалификации врачей и выявления слабых звеньев организации медицинской помощи населению.

Клинико-анатомическое сопоставление включает в себя не только сличение диагнозов, но и обсуждение вопросов, связанных с обследованием больного, своевременностью установления диагноза, обоснованностью и своевременностью проведенных лечебных мероприятий, выяснением причин и механизма смерти, а также с определением качества оформления медицинской документации. Рассматривается также развитие диагностического мышления клинициста, на каком этапе был поставлен первоначальный диагноз, какие меры принимались в дальнейшем для установления, уточнения окончательного диагноза. При проведении сличения клинических и патологоанатомических диагнозов по различным категориям лечащему врачу и патологоанатому следует иметь единые установки в отношении того, что следует понимать под основным заболеванием, осложнениями и сопутствующими заболеваниями.

Сопоставлению подлежат все пункты заключительного диагноза, выставленного на лицевой стороне медицинской карты стационарного больного. Остальные диагностические записи, имеющиеся в медицинской документации, учитываются лишь при определении причин и категории ошибки клинической диагностики. При сопоставлении диагнозов учитываются только определенные, соответствующие международной классификации болезней, нозологические формы, которые не могут быть подменены аналогичными симптомами и синдромами. В последних случаях заключительный клинический диагноз признается не оформленным и считается заведомо неправильным, следовательно, влекущим за собой расхождение диагнозов.

Сличение диагнозов проводится по нозологическому принципу, по трем рубрикам: по основному заболеванию, его важнейшим осложнениям и по важнейшим сопутствующим заболеваниям.

На основании проведенного сопоставления диагнозов устанавливается:

- Совпадение или расхождение диагнозов по основному заболеванию (монокаузальному или комбинированному). При расхождении диагнозов - категория и причина расхождения.

- Совпадение или расхождение по смертельному (важнейшему) осложнению основного заболевания, причины расхождения диагнозов смертельного осложнения.

- Совпадение или расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям, причины расхождения по этой рубрике.

При констатации расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов патологоанатом должен установить категории расхождений:

1. К I-й категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущем этапе, а в данном лечебно-диагностическом учреждении установление правильного диагноза было невозможным (в связи с тяжелым состоянием больного, запущенностью заболевания или в связи с быстрым наступлением смерти). При этом неправильная диагностика не повлияла на исход заболевания.
2. К II-й категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано в данном лечебно-профилактическом учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований. При этом следует учитывать, что правильная диагностика необязательно имела бы решающее влияние на исход заболевания из-за невозможности оказания радикальной помощи в связи с инкурабельностью больного или вследствие того, что больной поступил в клинику в той фазе заболевания,

когда оказание медицинской помощи оказалось не эффективным. Но правильный диагноз мог и должен был быть поставлен.

3. К III -ей категории следует относить случаи, при которых неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе. В эту группу включаются все urgentные случаи, требующие немедленной радикальной помощи (острый аппендицит, непроходимость кишечника, панкреанекроз, острый холецистит, прободная язва желудка, кровотечение из пищевода, желудка, кишечника, ущемленная грыжа, инфаркт миокарда, крупозная пневмония).

Правильным клиническим диагнозом считается такой, который установлен своевременно, то есть когда больному могла быть оказана результативная помощь (С.С. Вайль). В связи с этим все секционные наблюдения даже при совпадении клинического и патологоанатомического диагноза должны анализироваться также и в отношении сроков установления окончательного диагноза.

В перинатальном периоде сличение диагнозов проводится только по заболеваниям плода (ребенка) с использованием следующих категорий оценок:

1. Основное заболевание распознано правильно и установлена причина его со стороны последа.

2. Основное заболевание распознано правильно, но не установлено заболевание матери и последа, обусловившие основное заболевание плода (ребенка), которое привело к смерти.

3. Основное заболевание не распознано.

4. Не диагностировано смертельное осложнение.

5. Не диагностировано важное сопутствующее заболевание.

Если заболевание, признанное на вскрытии основным, расценивалось при жизни больного как сопутствующее или фоновое, диагноз нельзя считать правильным. Расхождение

диагнозов имеет место и тогда, когда не распознано одно из конкурирующих, сочетанных заболеваний, входящих в состав «комбинированного основного заболевания».

При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов устанавливаются следующие категории оценок:

- 1) Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов.
- 2) Расхождение основного клинического и патологоанатомического диагнозов.
- 3) Расхождение диагнозов по важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания или явившихся основной причиной смерти.
- 4) Расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям.

Несовпадение диагнозов может быть:

- 1) По нозологическому принципу. Например, диагноз «пневмония» вместо «язвенной болезни желудка», или «пневмония» вместо «рака легкого».
- 2) По этиологии. Например, клинический диагноз «туберкулезный менингит», патологоанатомический - «менингококковый менингит».
- 3) По локализации патологического процесса. Например, диагноз рака желудка вместо рака поджелудочной железы, родовая травма головного мозга - вместо родовой травмы позвоночника.
- 4) Из-за неправильной конструкции диагноза.

Каждое расхождение между клиническим и анатомическим диагнозами рассматривается как ошибка диагностики. В связи с этим практическое значение анализа расхождений между клиническими и патологоанатомическими диагнозами весьма велико, так как ошибочная диагностика обычно приводит к неполноценному, запоздалому и неправильному лечению, влечет неправильное оперативное вмешательство, что не может не отразиться на исходе заболевания и его прогноза.

Причины расхождения диагнозов основного клинического и

патологоанатомического диагнозов весьма различны и установить их целесообразно на клинико-анатомической конференции после тщательного обсуждения данных клинических проявлений, обследования больного и результатов вскрытия, то есть сличения рубрик диагнозов должно производиться при участии лечащего врача.

Таким образом, причины расхождения диагнозов могут быть объективными и субъективными.

К объективным причинам расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов относятся:

1. кратковременность пребывания больного в стационаре, препятствующая проведению полноценного обследования;
2. тяжесть состояния больного, препятствующая проведению полноценного обследования;
3. атипичность развития и течения процесса, редкость и недостаточная изученность данного заболевания.

Субъективные причины:

1. недостаточность обследования больного;
2. недоучет клинических и анамнестических данных;
3. недоучет или переоценка лабораторных и рентгенологических данных;
4. отсутствие или недостаточный объем лабораторных и инструментальных методов исследований при доступных условиях;
5. недостаточная квалификация врача;
6. халатное отношение врача к выполнению своих обязанностей.

Регистрация смерти.

В соответствии с Кодексом «О браке и семье» Кыргызской Республики каждый случай смерти подлежит регистрации в государственных органах записи актов гражданского состояния, силами

Регистрация смерти производится отделами (бюро) записи

актов гражданского состояния городской, районной государственной администрации, а в сельских населенных пунктах и поселках - в айыл окмёту. Согласно Кодекса «О браке и семье» регистрация производится по месту, где проживал умерший, или по месту наступления смерти на основании заключения медицинского учреждения.

Заявление о смерти может быть сделано также родственниками умершего, соседями, работниками ЖЭО и другими лицами. Заявление должно быть сделано не позднее 3-х (трех) суток с момента наступления смерти или обнаружения трупа.

Для обеспечения регистрации смерти в органах ЗАГС Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики утверждены «Медицинское свидетельство о смерти» - Форма № 106-3/У; «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» - Форма № 106-2/У.

Свидетельство о смерти не только медицинский, но и юридический, а также и статистический документ. Оно, основа государственной статистики причин смерти, а, следовательно, разработки организационно - медицинских мероприятий.

Медицинское свидетельство о смерти выдается всеми больничными учреждениями, центрами семейной медицины, врачами ГСВ, диспансерами, больницами скорой медицинской помощи, родильными домами, санаториями, судебно-медицинскими и патологоанатомическими бюро.

В городах, поселках городского типа и населенных пунктах сельской местности в учреждениях здравоохранения, в которых работают не менее 2-х (двух) врачей, выдаются только медицинские (врачебные) свидетельства о смерти. В сельских поселениях пунктах, имеющих в учреждениях здравоохранения только одного врача, в случае его отсутствия (отпуск, болезнь, и так далее) в порядке исключения фельдшером выдается медицинское (фельдшерское) свидетельство (справка) о смерти (Форма № 106 - 1/У).

Порядок выдачи медицинского свидетельства о смерти. Медицинское свидетельство о смерти должно быть выдано

родственникам умершего или уполномоченным ими лицам под расписку, не позднее суток после патологоанатомического вскрытия (или после установления причины смерти - оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось), при этом паспортные данные получателя должны быть внесены в журнал «регистрации поступления и выдачи трупов» патологоанатомического бюро или отделения.

Выдача трупа без медицинского свидетельства о смерти запрещается. В случае, когда захоронение умершего производится организацией здравоохранения, последняя обязательно заполняет медицинское свидетельство о смерти и представляет его в трехдневный срок в органы ЗАГС для регистрации.

Выдача медицинского свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти, запрещается.

Свидетельство о смерти патологоанатомом выдается на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия. Согласно статьи 43 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» 2005г. родственники умершего или уполномоченные лица имеют право отказа от вскрытия умершего. В таких случаях свидетельство о смерти патологоанатом выдает на основании изучения медицинской документации стационарного больного. Однако отмена вскрытия не допускается в случаях смерти больного, пробывшего в стационаре менее суток, при инфекционных заболеваниях из группы особо опасных или при подозрении на них, во всех случаях неясного прижизненного диагноза, в случаях смерти от диагностических инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий и случаях материнской смерти (приказ МЗ№ от 2014 г. Приложение).

Запрещается использование форм свидетельства о смерти, не утвержденных Министерством Здравоохранения.

Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, следует составить новое свидетельство о

смерти с надписью, сделанной от руки «взамен окончательного» свидетельства о смерти №0000 и направить непосредственно в статистическое управление (города, области, края, республики). Достоверность составленных врачами медицинских свидетельств о смерти, своевременность их выдачи родственникам умерших, а также составления и представления в органы ЗАГС медицинских свидетельств о смерти в случаях захоронения умершего организацией здравоохранения, обеспечивается руководителем медицинской организации.

Бланки свидетельств о смерти, подшитые в «книжке» и пронумерованные, хранятся у руководителя организации здравоохранения, его заместителя, или специально выделенного ответственного лица, так же, как и корешки выданных свидетельств о смерти. После истечения срока хранения они подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

Перед заполнением медицинского свидетельства о смерти, на нем (бланке) и на корешке проставляется код (или штамп) по республиканскому классификатору предприятий и организаций, код ГСВ и порядковый номер свидетельства.

В отдельных случаях, по письменной просьбе родственников умершего или уполномоченных ими лиц, допускается повторная выдача медицинского свидетельства о смерти взамен утерянного родственниками. Выдается свидетельство с новым номером, также, как в случаях его выдачи взамен предварительного; соответствующая запись делается в журнале учета и выдачи медицинских свидетельств. Аналогичным образом следует поступать в случае отказа родственников от захоронения умершего (невостребованные трупы) и утери ими уже выданного свидетельства о смерти.

Записи в медицинских свидетельствах о смерти должны полностью совпадать с соответствующими записями в медицинской документации (патологоанатомическом диагнозе, заключении о причине смерти и т.д.). Несоответствия в этих документах в ряде случаев могут иметь юридические последствия.

Врач, заполняющий свидетельство о смерти, указывает фамилию, имя, отчество и должность.

Структура и правила заполнения медицинского свидетельства о смерти

Бланк медицинского свидетельства о смерти (Форма № 106 - У) состоит из 2-х частей. Корешок свидетельства о смерти остается в учреждении, свидетельство о смерти - выдается родственникам умершего под расписку на корешке.

Медицинское свидетельство о смерти заполняется вписыванием или подчеркиванием соответствующих граф, тотчас после вскрытия обязательно без помарок и исправлений, подписывает свидетельство о смерти врач, вскрывший труп.

Паспортная часть (пункты 1 - 7) заполняется только по паспорту умершего или заменяющему его документу.

Пункты 8-10 заполняются согласно медицинской карте умершего (истории болезни), в случаях проведения вскрытия умершего, пункты 9-10 заполняются по данным вскрытия. Заполняет эту часть средний медицинский работник, врач обязан проверить правильность заполнения.

Пункт 11 медицинского свидетельства о смерти заполняет только врач. Согласно рекомендации ВОЗ, врач должен из комплекса взаимодействующих заболеваний выделить тот патологический процесс, который непосредственно привел к смерти.

Пункт 11 свидетельства о смерти состоит из следующих частей:

I. а) Непосредственная причина смерти (заболевание или осложнения основного заболевания);

б. с. d) Заболевание, вызвавшее или обусловившее причину смерти (основное, первоначальное заболевание указывается последним).

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

смерти.

В строку «а» пункта I вписывают осложнения (или основное заболевание), послужившее причиной смерти.

В строку в.с. вписывают патологические процессы или состояния, патогенетически связанные с основным заболеванием и обусловившие непосредственную причину смерти. Например: основное заболевание - «язвенная болезнь желудка»; патологическое состояние, генетически связанное с основным заболеванием «перфорация хронической язвы желудка», которая привела к непосредственной причине смерти - «перитониту». В пункт 11 вписывают фоновые, сочетанные или конкурирующие заболевания, этиологически не связанные с причиной смерти, но оказавшие неблагоприятное влияние на исход болезни.

Бланк «Медицинского свидетельства о смерти» предусматривает три варианта свидетельства в зависимости от результатов вскрытия, а именно:

- окончательное свидетельство о смерти;
- предварительное свидетельство о смерти;
- взамен предварительного свидетельства о смерти.

Окончательное свидетельство о смерти выдается в тех случаях, когда диагноз патологии, которым страдал умерший, патологоанатому ясен.

Если же после вскрытия требуются дополнительные методы исследования для уточнения диагноза, выдается предварительное свидетельство о смерти, для того, чтобы дать возможность родственникам захоронить покойного. После уточнения диагноза предварительное свидетельство о смерти заменяется окончательным.

Биопсия органов и тканей

В настоящее время возросло число прижизненных исследований биопсийного и операционного материала. Современные технические возможности позволяют получать

биопсийный материал из всех органов и тем самым делать предположительные клинические диагнозы морфологически обоснованными. Биопсия стала распространенным диагностическим методом наряду с другими видами инструментальных исследований. В последние годы она применяется как наиболее объективный и точный метод диагностики и контроля динамики многих заболеваний и влияния на их течение лечебных мероприятий. Это осуществляется посредством повторных биопсий. Особенно велико значение подобного рода биопсий в онкологии, гастроэнтерологии, гематологии и гинекологии.

Биопсия - прижизненное исследование участков тканей и органов для микроскопического исследования с диагностической целью, а также органов и тканей, удаленных при хирургических операциях.

Биопсийный материал формально подразделяется на операционный и диагностический. Операционным материалом считают ткани и органы, удаленные при хирургической операции в целях лечения. Гистологическое исследование операционного материала является обязательным с целью уточнения дооперационного диагноза и обоснованности оперативного вмешательства.

Диагностическая биопсия проводится с целью постановки диагноза.

Задачами биопсийных исследований являются:

1. Подтверждение и уточнение клинического диагноза.
2. Установление диагноза в клинически неясных случаях.
3. Определение начальных стадий заболеваний (то есть наиболее ранних признаков болезни).
4. Проведение дифференциальной диагностики различных по форме и этиологии воспалительных, гиперпластических и опухолевых процессов.
5. Определение радикальности операций.
6. Изучение динамики патологического процесса.
7. Изучение структурных изменений, возникающих в тканях или опухолях под влиянием лечения.

8. Расшифровка этиологии болезни.
9. Расшифровка гистогенеза и злокачественности опухолей.
10. Выбор метода лечения.
11. Оценка эффективности и контроль за правильностью лечения болезни.

Необходимо помнить, что в зависимости от характера патологии заключение патологоанатома по диагностической биопсии или операционному материалу является решающим, либо служит лишь одним из критериев оценки.

Особенно большое значение имеет биопсия в онкологии как ведущий диагностический метод, без которого невозможна точная верификация новообразования, следовательно, и назначение рационального лечения.

Для правильной оценки гистологической картины в биопсийном материале, патологоанатом должен располагать детальными сведениями о больном: пол, возраст, краткий анамнез болезни, локализация очага поражения, связь его с анатомическими структурами - мышцами, нервами, фасциями, вид очага во время операции, клинические проявления заболевания. Отсутствие указанных клинических сведений затрудняет патологоанатомический диагноз и может привести к диагностической ошибке.

Взятие материала для диагностической биопсии требует строго обоснованных показаний и является ответственным моментом, так как от выбора места и качества взятия материала зависит репрезентативность ответа после морфологического исследования. Правильно взятый и своевременно фиксированный материал не должен подвергаться изменениям, связанным с аутолизом.

В зависимости от способа получения материала для прижизненной морфологической диагностики различают:

1. Инцизионные (эксцизионные, открытые) биопсии - наиболее широко распространена в практической медицине. Ткань для гистологического исследования получают хирургическим путем.

2. Пункционные биопсии, когда материал получают с помощью специальных или обычных инъекционных игл и троакаров.
3. Аспирационные биопсии получают отсасыванием с помощью иглы - шприца или специальных инструментов из полых органов или полостей, например, из плевральных полостей, брюшной полости, из желудка.
4. Трепанобиопсии - материал из костной ткани, полученный с помощью специального инструмента.
5. Кюретаж - материал получают с помощью выскабливания кюреткой (например: соскоб из эндометрия).

Правила взятия, фиксации, маркировки и направления биоптатов на патологоанатомическое исследование

Организация патологоанатомического исследования операционного и биопсийного материалов регламентирована приказом МЗ КР № изменяется после издания нового приказа, приложение № 3 «О совершенствовании патологоанатомической службы в Кыргызской Республике».

Качество гистологического исследования в немалой степени определяется эффективностью совместной работы клинициста и патологоанатома. Именно умение клинициста взять биоптат, а также соблюдение им правил взятия, фиксации и направления биоптата на патологоанатомическое исследование являются первым этапом морфологической диагностики.

Вопрос о проведении диагностической биопсии решает клиницист на основании данных современной науки о той или иной нозологической форме болезни, интересов больного и возможностей патологоанатомического отделения.

При взятии биоптата следует учитывать гистологическое строение органа, чтобы иссекать кусочек в должном направлении. Вопрос «из какого участка ткани (органа) иссекать биоптат» решается в зависимости от характера патологии,

локализации ее в органах или тканях, диффузности или очаговости процесса.

Диффузные процессы. При диффузном поражении органа (ткани) иссекают наиболее пораженный участок. Если позволяют состояние больного и метод иссечения биопсии, то для морфологического исследования целесообразно получать несколько участков с различной степенью выраженности.

Очаговые процессы. Мелкие фокусы поражения иссекают полностью в пределах здоровых тканей; из крупных фокусов материал берут из наиболее измененного участка, лучше по границе с неизменной тканью. Необходимо, чтобы в биоптат попали и глубоко расположенные ткани, так как в поверхностных участках нередко развиваются вторичные изменения (некроз, воспаления), маскирующие основной процесс.

Требования, предъявленные к биоптатам

Биоптат должен быть:

1. Достаточным по объему, чтобы в нем имелись изменения различной степени выраженности. Операционный материал направляется на исследование полностью.
2. Не раздробленным и не смятым, то есть сохранить естественные анатомические соотношения тканей. Сдавление и разрыв тканей в процессе взятия биоптата нарушает структуру ткани, что затрудняет гистологическую диагностику.
3. Отмытым от крови и слизи физиологическим раствором. В противном случае выпадает формалиновый осадок, маскирующий структурные изменения тканей и органов.
4. Не подсушенным и не подгнившим. Коагуляция или аутолиз ткани исключают возможность гистологического исследования.

Маркировка биоптатов обязательна и производится тотчас после иссечения ткани. Каждый биоптат помещается в отдельную посуду, на которой прочно фиксируется ярлык. На

ярлыке указывается фамилия, имя, отчество больного, отделение, № истории болезни. Если в одной посуде пересылается несколько биоптатов (что не желательно), то каждый из них маркируется отдельно. Путаница биоптатов должна быть абсолютно исключена, так как она ведет к неправильному диагнозу и лечению, и юридическим последствиям для врача - клинициста.

Доставка диагностических биоптатов и операционного материала в патологоанатомическое отделение должна быть осуществлена в минимально короткий срок после взятия материала. Это обязанность сотрудников клинического отделения. Контроль за доставкой, а также запись в операционном журнале о взятии биопсии контролирует лечащий врач, назначивший проведение биопсийного исследования.

Примечание:

1) Диагностические биоптаты и операционный материал запрещается делить на части и посылать в различные патологоанатомические отделения (или лаборатории), так как в одной из частей может не оказаться патологического процесса. «Проверить» диагноз патологоанатома клиницист может официальным путем.

2) Удаленные на операции органы и ткани хирург может рассекать, но так, чтобы сохранились естественные анатомические соотношения. Для лучшей фиксации и предотвращения аутолиза целесообразно также рассекать диагностические биоптаты, объем которых превышает 0,5 см.

Фиксация материала. Биоптаты должны быть фиксированы тотчас же после иссечения, вне зависимости от сроков направления их в патологоанатомическое отделение. Своевременная фиксация предохраняет полученный материал от загнивания (аутолиза) и ускоряет проведение гистологического исследования. В патологоанатомической практике с различными целями используются самые разнообразные фиксаторы: 10—12 % раствор нейтрального формалина, 70-80 % спирт, ацетон, жидкости Карнуа, Боуэна и т.д. Выбор фиксатора определяется целью исследования.

Толщина фиксируемого кусочка ткани не должна превышать 0,5 см., а объем фиксирующей жидкости должен в 5- 10 раз быть больше объема кусочка. Значительные по объему участки тканей (части кишечника, желудка, легких) следует расположить в соответствии с их анатомическим строением на предварительно смоченном формалином картоне в плоской посуде (например: в кювете).

На каждый подлежащий исследованию объект заполняется специальный бланк направления на гистологическое и цитологическое исследование (Учетная форма № 014/ У). Все графы бланка заполняются лечащим врачом таким образом, чтобы врач патологоанатом имел достаточно клинических сведений для оценки морфологических изменений, в бланке должны быть проведены четкие данные из анамнеза и указания о проведенном лечении.

Особое внимание следует обратить на заполнение пунктов № 4,5,6,8,9.

Пункт 4 «Биопсия первичная, вторичная» и пункт 5 «При повторной биопсии указать № и дату первичной» заполняется обязательно, даже если для этого придется извлечь из архива прошлую историю болезни или обратиться в другое лечебное учреждение. Морфологическое исследование первичных и повторных биопсий позволяет судить о динамике заболевания и эффективности применявшегося лечения.

Пункт 6 «Дата и вид операции». Заполнение этого пункта позволяет патологоанатому ориентироваться в характере присланных на морфологическое исследование тканей и органов, в частности в их ортологии.

Пункт 8 «Клинические данные» и пункт 9 «Клинический диагноз» заполняются подробно, так как сведения о клинических проявлениях болезни служат важным, иногда решающим фактором патологоанатомической диагностики. Клиницист должен указать: продолжительность заболевания, проведенное лечение, при опухолях - точную локализацию, темпы роста, размеры, отношение к окружающим тканям, наличие других узлов; при направлении на исследование лимфатических узлов

- анализ крови; при исследовании молочных желез и соскобов эндометрия - начало и окончание последней нормальной менструации, характерные нарушения, дату начала кровотечения.

В заключении клинической части бланка указывается фамилия, имя, отчество врача, направившего материал на гистологическое исследование, его рабочий телефон, подпись.

Патологоанатом заполняет графы «Макро- и микроскопическое описание» и «Патогистологическое заключение (диагноз)» Первая графа помогает патологоанатому ориентироваться в микропрепарате. Содержание графы «Патогистологическое заключение» предназначено клиницисту, как уже указывалось выше, патологоанатом в зависимости от выявленных изменений может диагностировать нозологическую форму болезней, патологический процесс или же дать заключение описательного характера. Иными словами, диагноз патологоанатома может быть определенным и предположительным. Определенный диагноз патологоанатома руководство к действию для клинициста.

При предположительном диагнозе патологоанатома (или описательном характере заключения) клиницисту приходится искать другие диагностические методы или критерии.

В некоторых случаях (с учетом заключения патологоанатома), требуется проведение повторной биопсии.

Порядок приема и регистрации биопсийного и операционного материалов в гистологических лабораториях.

Материал с «направлением» на патогистологическое исследование доставляется в патологоанатомическое отделение сотрудниками лечебной организации и под расписку передаются дежурному лаборанту-гистологу (или другому ответственному лицу).

Регистрация поступающего материала производится в специальном журнале со следующими обязательными графами:

- Ф.И.О. и возраст больного
- Название лечебной организации или отделения стационара, направившего материал

- Клинический диагноз

Дежурный лаборант - гистолог вписывает в бланк - направление время поступления материала, Ф.И.О. лаборанта, принявшего материал, проверяет соответствие объектов (т.е. кусочков, - а также их количество и характер) маркировке и сведениям, отраженным в направлении. Так же лаборант - гистолог отмечает состояние материала (подсохший, загнивший, нефиксированный, фрагментированный и другое), если таковые имеют место.

Технологическая цепочка морфологических исследований включает в себя:

- макроскопическое описание объекта;
- вырезку;
- фиксацию доставленных нефиксированных материалов;
- гистологическую обработку объектов;
- патологоанатомическую диагностику;
- выдачу заключений;
- сохранение материала в архиве.

Макроскопическое исследование объекта производит врач патологоанатом, обращая внимание на объем и характер присланного материала, его фиксацию, характеристику патологического процесса, его топографию и отношение к окружающим тканям, размеры и так далее. Данные макроскопического исследования заносят в бланк-направление.

Врач - патологоанатом производит вырезку материала для гистологического исследования. С целью предотвращения деформации и разминания тканей, вырезку следует производить очень острым инструментом. Вырезку нужно выполнять, не нарушая по возможности естественных топографических связей в органах и тканях.

Каждому вырезанному кусочку присваивается отдельный порядковый номер, сведения о количестве кусочков вносятся в данные макроскопического описания материала. Количество кусочков, вырезанных для исследования и необходимых для обеспечения достоверности заключения, определяется врачом

патологоанатомом. Материал, полученный при соскобе при гинекологических исследованиях, исследуется целиком. Так же целиком исследуются операционные биопсии.

Патологоанатомическую диагностику осуществляет врач - патологоанатом, производивший вырезку диагностируемого материала. При описании гистологического материала он должен назвать исследуемый орган, его отдел, ткань, кусочек ткани; отметить степень изменения общей структуры, соотношение тканей, клеток (по сравнению с нормой). После исследования биопсий и операционного материала, патологоанатом должен сделать заключение. Оно может быть окончательным, предварительным и описательным. Окончательный патологоанатомический диагноз должен быть оформлен в терминах, подлежащих кодированию.

По завершении диагностического процесса морфологическое заключение вносится в книгу регистрации биопсийного и операционного материала и на бланке направления и передается в соответствующее отделение, направившее материал на исследование. Об этом в журнале регистрации биопсий и операционного материала делается соответствующая запись.

Сроки диагностики биопсий.

Сроки ответов на биопсии зависят от методов обработки, видов биоптатов и определяется следующим образом:

- для срочных (и интраоперационных) биопсии-30-35 минут;
- для диагностических биопсий и операционного материала-до 7 суток;
- для материала, содержащего костную ткань, кальцификаты и требующего дополнительной обработки, срок может быть продлен до 15 суток.

В принципе любое гистологическое исследование должно быть завершено максимально быстро, так как от этого подчас зависит дальнейшая лечебная тактика. Однако, при ускоренной обработке материала в связи с недостаточной фиксацией и обезвоживанием зачастую страдает качество приготовленных

препаратов. В связи с этим предварительные данные, полученные при экспресс биопсии, должны обязательно получить свое подтверждение после полноценной обработки материала общепринятыми методами.

Примечание: На результаты прижизненной диагностики распространяется положение о врачебной тайне (статья 91 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья народа Кыргызской Республики» 2005г.»).

Патологоанатомическое исследование последа (плаценты, пуповины и оболочек)

Для обоснованного заключения о причине внутриутробной смерти и ранней смерти новорожденного производится гистологическое исследование последа. Порядок исследования последа регламентирован приказом МЗ Кыргызской Республики № изменяются после принятия приказа, приложение № 3.

Патоморфологическое исследование последа обязательно:

- во всех случаях мертворождения;
- при всех заболеваниях новорожденного, выявленных в момент рождения;
- при подозрении на гемолитическую болезнь новорожденного;
- при раннем излитии околоплодных вод и грязных водах;
- при лихорадочных заболеваниях матери в последние три месяца беременности;
- при явной патологии последа (аномалии развития, гнойные очаги и др.);
- при подозрении на внутриутробную инфекцию;

В направлении для гистологического исследования последа должны быть отражены:

- наименование лечебно-профилактической организации;
- фамилия, имя, отчество роженицы, ее возраст, дата

- родов;
- профессия родителей новорожденного (мертворожденного, умершего);
- резус принадлежность крови матери, отца, плода;
- беременность по счету;
- предыдущие роды оканчивались (подчеркнуть): родами мертвым плодом, самопроизвольным абортom, внематочной беременностью;
- указать заболевания матери до и в течение беременности;
- положение плода, предлежащая часть, продолжительность родов (I, II, III периоды), длительность безводного периода, характер вод;
- живорожденный, мертворожденный;
- срок беременности в неделях, пол ребенка (плода), масса, длина плода, оценка по шкале Апгар;
- прикрепление пуповины (подчеркнуть): центральное, эксцентричное, краевое, оболочечное;
- преждевременная отслойка плаценты;
- обвитие пуповины: тугое, не тугое, вокруг шеи, туловища;
- другая патология плаценты.

Порядок исследования плаценты

Исследование плаценты начинают с осмотра ее материнской поверхности. Отмечают цельность органа, измеряют два взаимно перпендикулярных размера, проходящих через центр плаценты. Описывают величину и количество плацентарных долек, глубину междольковых борозд. Выделяют зоны различного цвета и плотности, отмечают наличие свежих и старых сгустков крови.

При осмотре плодной поверхности определяют количество и тип ветвления основных сосудов, цвет плацентарного амниона, количество кист, опухолей, указывают признаки травматического повреждения. При исследовании плодных оболочек обращают внимание на их цвет, толщину, наличие

отека, очаговых утолщений. Измеряют длину и диаметр пупочного канатика. Указывают место прикрепления пупочного канатика (центральное, краевое, параплацентарное, оболочечное), наличие истинных или ложных узлов, гематом. Определяют массу плаценты без оболочек и пупочного канатика и вычисляют плацентарно - плодный коэффициент - отношение массы плаценты к массе новорожденного.

Со стороны материнской поверхности плацента рассекается параллельными сечениями через всю толщину на пластины шириной 1,0 см.

Отмечают кровенаполнение ткани, ее цвет, указывают количество, локализацию, размеры инфарктов (если они есть), межворсинчатых тромбов, описывают размеры и расположение поверхностных образований.

Для гистологического исследования из плаценты, оболочек и пупочного канатика вырезаются до 10 кусочков.

Заключительный патологоанатомический диагноз должен быть обоснован клиническими данными, стандартным исследованием макроскопического и гистологического строения.

После формирования диагноза патологоанатом на основании результатов исследования последа (по возможности) указывает в бланке ответа:

- риск матери по эндометриту;
- риск для ребенка по внутриутробной инфекции, сепсису, пневмонии, гипоксии, гемолитической болезни, нарушению адаптации.

Сроки хранения, порядок выдачи и утилизации биопсийного материала.

Гистологические препараты, относящиеся к онкологическим заболеваниям, диспластическим процессам, инфекционным заболеваниям из группы особо опасных, иммунопатологическим процессам и прочие, представляющие научно-практический интерес, хранятся в архиве патологоанатомического отделения постоянно. Парафиновые или целлоидиновые блоки тех же материалов хранятся 10 лет и уничтожаются без составления акта.

Кусочки из опухолей мозга, мягкотканых злокачественных опухолей и во всех неясных случаях рекомендуется хранить в 10% растворе формалина в течение всего времени существования патологоанатомического отделения.

Все прочие гистологические препараты и парафиновые блоки, а также «влажный» архивный материал (в 10 % формалине), хранятся 1 (один) год и уничтожаются без составления акта. По распоряжению заведующего отделением «влажный» архив (кусочки из аппендикса, грыжи, гангрена, холециститы, плаценты и т.д.) может быть уничтожен сразу после установления диагноза.

Выдача гистологических препаратов и парафиновых блоков производится только по письменным запросам и только ЛПО, страховых медицинских организаций, правоохранительных органов. Допускается их выдача самим больным, которым были проведены диагностические или операционные биопсии, а также их родственникам (по предъявлении паспортов больных и получателей биопсий, письменных запросов больных, удостоверяющих права родственников на получение материала). Выдача производится после обязательного просмотра выдаваемых гистологических препаратов врачом патологоанатомом и регистрации в журнале биопсийных исследований даты выдачи материала, число выданных гистологических препаратов и бланков, паспортных данных получателя. Получатель расписывается в этом журнале о получении материала.

За правильное хранение, выдачу и утилизацию биопсийного материала ответственность несет заведующий патологоанатомическим отделением.

Таким образом, биопсия, как вид диагностики, делает врача-патологоанатома непосредственным участником клинической диагностики и ответственным за судьбу больного. Необходимо подчеркнуть, что только совместная работа врача - клинициста и врача - патологоанатома способствует точной и своевременной диагностике ряда заболеваний. Биопсия требует от врача - патологоанатома клинического мышления, а от врача

-клинициста знания и понимания пределов возможностей этого метода диагностики, умения правильно оценивать ответы на биопсию.

Клинико-анатомическая конференция

Организация и содержание работы клинико-анатомических конференций (КАК) регламентированы приказом МЗ КР №492 от 14.11.2005г., приложение № 4.

Клинико-анатомические конференции проводят по плану в рабочее время, не реже одного раза в месяц. В крупных больницах кроме общебольничных конференций проводят клинико-анатомические конференции по группам соответствующих профильных отделений. Повестку очередной конференции доводят до сведения участников не позднее, чем за неделю. Подготовку конференции осуществляют заместитель главного врача по медицинской части и заведующий патологоанатомическим отделением. Для проведения конференции руководитель учреждения назначает 2-х сопредседателей (клиницист и заведующий патологоанатомическим отделением), а также рецензента (оппонента) из числа наиболее квалифицированных врачей. Для ведения протокола конференции назначают двух постоянных секретарей из состава персонала больницы.

На клинико-анатомической конференции обязаны присутствовать все врачи данного лечебно-профилактического учреждения и тех медицинских подразделений, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах (амбулатории, поликлиники).

Основными задачами клинико-анатомических конференций являются:

- повышение качества лечебно-диагностического процесса в данном лечебном учреждении на основе коллективного анализа наблюдений и проблем, наиболее актуальных для данного учреждения и временного периода;
- повышение квалификации врачей лечебно-

профилактических учреждений и патологоанатомических отделений путем совместного обсуждения и анализа клинических данных и результатов вскрытия трупов;

- выявление причин и источников ошибок диагностики и лечения больных на всех этапах медицинской помощи, а также своевременности госпитализации; выявление дефектов организационного характера и работы практических служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и так далее).

Случаи, подлежащие разбору на клиничко-анатомических конференциях

- анализ летальных исходов, представляющих практический и научный интерес для широкого круга врачей и данного лечебного учреждения вне зависимости от того, насколько правильно это заболевание было диагностировано при жизни;
- проблемы, касающиеся наиболее актуальных для данного учреждения вопросов заболеваемости, лечения, причин смерти при определенных нозологических формах, иными словами, клиничко-анатомические конференции должны носить преимущественно тематический характер;
- случаи ошибочной прижизненной диагностики, летальных исходов с наиболее систематическими повторяющимися (типовыми для данного учреждения) дефектами диагностики;
- случаи, выходящие за рамки возможности их полноценного анализа на заседании КИЛИ, случаи ошибочной прижизненной диагностики, оставшиеся недостаточно ясными или спорными после их обсуждения на КИЛИ;
- обсуждение обобщенных за определенный период времени материалов, касающихся проблем ургентной патологии, установленных патологоанатомическими исследованиями (в рамках данного учреждения);
- все случаи материнской смертности;
- случаи смерти больных после наркоза, хирургических вмешательств, а также профилактических, диагностических

и лечебных мероприятий;

- случаи ятрогенной патологии, диагностированные на вскрытии, как основное, основное комбинированное заболевание или смертельное осложнение;
- редко встречающиеся, необычно протекающие и трудные для диагностики заболевания, в том числе и распознанные при жизни;
- на одной из конференций обсуждается отчет патологоанатома о работе за предыдущий год. В отчете должны быть представлены сводные данные о больничной летальности, структуре причин смертности, качестве клинической диагностики и ятрогенной патологии;
- случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;
- острые инфекционные заболевания.

Критерием для отбора должна послужить степень полезности разбора. Всегда следует задать себе вопрос: «Чему может научить данное наблюдение?». Иногда полезнее вынести на обсуждение случай совпадения, крайне, трудного диагноза, ради воспитания, на этом примере, логического врачебного мышления.

Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций. Подготовка клинико-анатомических конференций начинается с отбора наблюдений, предварительного изучения истории болезни, определения аспекта обсуждения случая, подготовки макро- и микропрепаратов. В повестку предстоящей конференции следует включить не более двух случаев. Это объясняется выработанными практикой оптимальными сроками продолжительности конференции в 2 - 2,5 часа.

Предварительное изучение отобранных для конференции историй болезни и протоколов вскрытий целесообразно проводить комиссионно, заведующим патологоанатомическим отделением, заместителем главного врача по лечебной работе и рецензентом, которого желательно приглашать из другого

лечебного учреждения. Ознакомившись со случаем в целом, следует определить, под каким углом зрения целесообразно рассмотреть данный случай на конференции.

Подготовка патологоанатома к конференции заключается в тщательном изучении патологоанатомической документации, работе со специальной литературой, повторном ретроспективном анализе наблюдения, выявлении возможных ошибок и недостатков в оценке случая и тексте протокола. При наличии таковых патологоанатому рекомендуется доложить о них конференции. Наряду с этим патологоанатом готовит подробную и максимально наглядную морфологическую документацию - изготавливает макро- и микропрепараты, слайды. Желательно иметь слайды не только микропрепаратов, но и макропрепаратов, с тем чтобы иметь возможность демонстрировать патологические процессы не только в естественном виде, но и на экране.

Подготовка к клинико-анатомической конференции завершается составлением и рассылкой повестки.

Порядок проведения КАК. Клинико-анатомическая конференция всегда проводится стереотипно и в следующем порядке:

1. Доклад лечащего врача и вопросы к нему.
2. Доклад патологоанатома и вопросы к нему.
3. Доклад рецензента.
4. Обсуждение случая.
5. Решение КАК.

Доклад лечащего врача В докладе должны быть отражены анамнез и история развития заболевания, особенности его клинических проявлений, применявшееся лечение и механизм наступления смерти. В заключении приводится клинический диагноз и дается его обоснование. Доклад клинициста должен быть иллюстрирован материалами, подтверждающими его точку зрения на сущность данного заболевания.

Доклад патологоанатома Патологоанатом зачитывает протокол вскрытия, результаты гистологического исследования и патологоанатомический диагноз. Прозектор должен

обосновать свое заключение, а именно: в чем он видит совпадение или расхождение между клиническим и патологоанатомическим диагнозами, и имеется ли в наличии заболевание, которое не было распознано или неправильно оценено при жизни больного. Патологоанатом должен аргументировать свой доклад демонстрацией органов или их частей, взятых из трупа, микропрепаратами или диапозитивами, заснятыми с этих препаратов.

В конце своего выступления прозектор отвечает на вопросы, которые уточняют представление о сущности заболевания.

Доклад рецензента. За несколько дней до конференции рецензент подробно знакомится с историей болезни и протоколом патологоанатомического вскрытия.

В своих замечаниях по поводу истории болезни рецензент должен ответить на следующие вопросы:

1. Правильность и обоснованность клинического диагноза;
2. Своевременность установки клинического диагноза.

Датам установления диагноза основного заболевания и важнейшим (особенно смертельным) осложнениям, а также ведущим сопутствующим заболеваниям следует уделить большое внимание. Следует фиксировать сроки установления диагноза направившего лечебного учреждения, первоначального диагноза стационара («диагноз при поступлении»), заключительного диагноза. Клинический диагноз должен быть поставлен в первые 3-4 дня, а в urgentных случаях - незамедлительно. Если диагноз не установлен в эти сроки, то в истории болезни должно быть соответствующее объяснение. В случаях изменения диагноза основного заболевания за время пребывания больного в стационаре необходима запись с обоснованием этого изменения. Лучше всего это делать в этапном эпикризе. Такое внимание к срокам постановки диагноза основного заболевания, его осложнений и ведущих сопутствующих болезней объясняется необходимостью адекватности лечебных мероприятий

по отношению к установленному у больного истинному диагнозу. Запоздалая клиническая диагностика и связанные с ней несвоевременные лечебные мероприятия должны послужить объектом самого острого анализа рецензента. В еще большей мере это относится к тем случаям, когда клинический диагноз был установлен уже после смерти, что, по существу, является совершенно бесполезным, а сама практика постановки подобных «диагнозов» - недопустимой.

3. В случаях расхождения диагнозов рецензент проводит анализ причин несовпадения клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Устанавливает степень обоснованности и полноценности проведенных диагностических и лечебных мероприятий.
5. На основании изучения дневников рецензент должен проследить динамику течения заболевания.
6. Установление регулярности обходов заведующего отделением, ролей консультантов в диагностике и лечении больного.
7. Тщательно проанализировать обоснованность назначений и качество анализов, имеющих в истории болезни.
8. Дать мотивированное заключение о качестве оформления медицинской документации.
9. В случаях послеоперационной смерти или смерти после врачебных манипуляций дать оценку соответственно - ведения наркоза, своевременности и правильности хирургического вмешательства, правильности и обоснования врачебных манипуляций.

После выступления рецензента случай обсуждается всеми участниками конференции. Обсуждение имеет целью дать оценку случая заболевания, закончившегося летальным исходом.

Важно, чтобы каждая клиничко-анатомическая конференция сопровождалась обзором современной литературы по

анализируемой проблеме. Эта работа может быть поручена лечащему врачу-докладчику, либо одному из врачей клиницистов данной лечебной организации. Обзор литературы может быть представлен и сотрудником клинической кафедры или подразделения медицинского НИИ, базирующегося в данной организации.

Обсуждение заканчивается выступлением одного из сопредседателей, который подводит итог имевшей место дискуссии. В своем заключительном слове он должен обязательно ответить на три основных вопроса:

- установить категорию расхождения диагнозов;
- определить причину расхождения диагнозов;
- выявить значение расхождения диагноза для исхода заболевания.

Решение клинико-анатомической конференции. Решение клинико-анатомической конференции по каждому обсуждаемому случаю должно содержать ответы на следующие вопросы:

1. Была ли допущена ошибка в клиническом диагнозе?

Отвечает на этот вопрос врач - патологоанатом на основании результатов вскрытия; гистологического, бактериологического, вирусологического - или других методов исследования с учетом клинических данных. Варианты ответа патологоанатома:

- совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов;
- при жизни не распознано основное (конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевание) или сопутствующее заболевание по нозологии, этиологии или топографии процесса;
- не распознано смертельное осложнение.

2. Какова причина ошибки клинической диагностики и лечения больного?

На данный вопрос отвечают сопредседатель конференции, клиницист, на основании анализа истории болезни рецензентом и результатов дискуссии с учетом мнения патологоанатома. В решении конференции должны называться конкретные причины:

- объективные:

- кратковременность пребывания больного в стационаре - до суток;
- тяжесть состояния больного, исключающая возможность полноценного обследования;
- крайняя редкость патологии;
- стертость клинической симптоматики.

- субъективные:

- недоучет анамнеза и клинических проявлений болезни;
- недостаточное обследование больного;
- недоучет или переоценка данных рентгенологических или лабораторных методов диагностики;
- дефекты профессиональной подготовки врача или халатное исполнение им своих обязанностей.

3. На каком этапе обследования больного не было распознано заболевание, каково значение ошибки диагностики в исходе болезни?

На этот вопрос отвечает сопредседатель конференции, называя на основании клинических данных и результатов вскрытия, категорию расхождения диагнозов:

I КАТЕГОРИЯ - заболевание не было распознано в более ранние сроки заболевания на догоспитальном этапе или в лечебно-профилактическом учреждении, где находился больной; в данном лечебно- профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за тяжести состояния больного или кратковременности его пребывания в данном учреждении.

Обсуждение этой группы расхождения диагнозов проводится только в присутствии врачей, обследовавших и лечивших больного на ранних этапах заболевания.

II. КАТЕГОРИЯ - заболевание не было распознано в данном лечебно-профилактическом учреждении по объективным данным или субъективным причинам, однако правильная диагностика необязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, но правильный диагноз мог и должен был

быть поставлен.

III. КАТЕГОРИЯ - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

4. Каковы дефекты работы врача?

Ошибки врачей - клиницистов и патологоанатомов, а также дефекты организационной работы называют сопредседатели конференции на основании истории болезни, протокола вскрытия, заключения рецензента и выступлений в прениях.

В случаях смерти больных после наркоза, хирургических операций, профилактической, диагностической или лечебной манипуляции клиничко-патологоанатомическая конференция должна дополнительно решать следующие вопросы:

- Была ли показана данная операция (наркоз, медицинская манипуляция)?
- Правильно ли проведена операция (наркоз, медицинское вмешательство)?
- Какова роль операции (наркоза, медицинской манипуляции) в механизме смерти?

На эти вопросы совместно отвечают сопредседатели конференции на основе анализа истории болезни и протокола вскрытия, оценки рецензента и выступлений участников дискуссии.

По завершении заседания конференции ее протокол визируется сопредседателями; журнал регистрации клиничко-анатомических конференций хранится у главного врача или его заместителя по медицинской части.

Администрация лечебно-профилактического учреждения на основании решения разрабатывает и осуществляет конкретные мероприятия по предупреждению и ликвидации недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным. Принятые решения доводятся до врачебного персонала больницы в недельный срок.

Клиничко-анатомическая конференция, прежде всего, - это организационное мероприятие, направленное на совершенствование лечебно-диагностического дела на всех его

этапах. Действенность решения конференции в конечном итоге зависит от позиции администрации лечебно-профилактической организации, степени понимания его, значимости рекомендованных мероприятий и оперативности внедрения их в жизнь. Без практического подхода к разбираемому материалу и выводам конференция теряет свой смысл и превращается в пустую формальность.

Литература:

1. Основы патологоанатомической практики.- М: РМПАО, 1994- 505 с. Автандилов Г.Г.
2. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти. – Учебное пособие Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М.
3. Принципы организации патологоанатомической службы Ташкент. Медицина,1986-197с. Абдуллаходжаева М.С.
4. Клиническая патология. Гродно, 1986г.-94 с. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф.
5. О клинико-анатомической конференции» Л. 1955г. -.27 с. Головин Д.И.
6. Требования международной классификации болезней 10-го пересмотра к патологоанатомической службе. Часть - 1.Общие положения. М. Методические рекомендации Комитета Здравоохранения М.1999. – 154 с. Зайратьянц О.В., Автандилов Г.Г., Плавунев Н.Ф.
7. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Методические рекомендации. М.. 2003 . 45 с. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г.
8. Биопсийно-секционный курс. Руководство для преподавателей кафедр патологической анатомии под редакцией профессора Степанова С.А.Москва. 1991. 198 с. В.Л Коваленко, Т.Н.Дрозд, С.А.Степанов, М.Г.Рыбаков, В.Г.Шастина
9. Правила оформления медицинской документации патологоанатомического отделения (секционный раздел работы) Д.С.Саркисов., А.В.Смолянников, А.М.Вихерт
10. Приказ МЗ Кыргызской Республики №492 От 14.XI. 2005 г.

Приложение

В качестве примеров предоставлены медицинские свидетельства о смерти наиболее часто встречающихся в практике врача патологоанатома, заболевания и случаи смерти. Образцы патологоанатомической документации.

Минздрав

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация. Форма

№ 058/у

Наименование учреждения

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ

1. Диагноз

_____ подтвержден лабораторно: да, нет
(подчеркнуть)

2. Фамилия, _____ имя, _____ отчество

3. Пол _____

4. Возраст (для детей до 14 лет – дата рождения) _____

5. Адрес, _____ населенный пункт _____
район _____

_____ улица
_____ дом № _____
кв. № _____

(индивидуальная, _____ коммунальная,
общежитие – вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения) _____

7. Даты:
заболевания _____

первичного (выявления) _____ обращения
установления _____ диагноза

_____ последующего посещения детского учреждения, школы _____
госпитализация

8. Место госпитализации

9. Если отравление – указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший

10. Проведены первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____

Фамилия

сообщившего _____

Кто принял

сообщение _____

12. Дата и час отсылки извещения

Подпись пославшего извещение

Регистрационный № _____ в журнале ф.

№ _____ санэпидстанции

Подпись получившего извещение

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случай укусов, оцарапывания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Минздрав

Код формы ПО ОКУД

Код учрежд. по ОКПО

Медицинская

документация, форма № 089|у

Утв. Минздравом

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
активного туберкулёза, венерической болезни, трихофитии,
микроспории фавуса, чесотки, трахомы, психического
заболевания

1. Фамилия, имя,
отчество _____
2. Пол _____
3. Возраст _____
4. Дата обращения _____

(год, месяц, число)

5. Адрес больного: населенный пункт _____

район _____ улица _____ дом _____ кв. _____

6. Городской житель, сельский житель (вписать) _____

7. Подробный диагноз _____

8. Подтвержден ли диагноз лабораторными
исследованиями, данными рентгена, для туберкулезных
больных указать наличие БК _____

9. Заболевание выявлено: при обращении, при
профилактическом осмотре, при обследовании в стационаре
(подчеркнуть, вписать недостающее) _____

Подпись врача _____

*) Извещение составляется на следующие формы заболеваний:

1. Первичная туберкулезная инфекция
2. Туберкулез легких
3. Другие формы туберкулеза органов дыхания
4. Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы.
5. Туберкулез кишечника, брюшины и брызжеечных желёз
6. Туберкулез костей и суставов
7. Туберкулез мочеполовых органов
8. Туберкулез других органов
9. Милиарный туберкулез
10. Сифилис — все формы
11. Гонорея острая, хроническая
12. Трихофития с указанием, локализации:
13. Микроспория а) волосистой части головы;
14. Фавус б) ногтей; в) гладкой кожи.
15. Чесотка
16. Трахома I, II, III стадии
17. Психические расстройства

Код формы ПО ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
Медицинская документация, форма № 089|у
Утв. Минздравом

ИЗВЕЩЕНИЕ

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
или другого злокачественного новообразования

« _____ » _____
дата заполнения извещения

Извещение направлено в _____

Фамилия, имя, отчество больного _____

1. Пол: муж. — 1, жен. — 2 1

2. Год рождения _____ 2

3. Национальность _____ 3

4. Профессия _____ 4

Дата обращения (число, месяц, год) _____

Дата установления диагноза (число, месяц, год) _____

5. Обстоятельства выявления заболевания: обратился самостоятельно — 0, выявлена в женском смотровом кабинете — 1, при других видах профосмотров — 2, учтен посмертно с диагнозом, установленным при жизни — 3, посмертно без вскрытия — 4, после вскрытия — 5.

Адрес: 5

6. _____ область 6

7. _____ район 7

населенный пункт, улица, дом кв. № _____

8. Житель городской - 1, сельский — 2 8

9. Клиническая группа: II — 2, IV — 4 _____ 9

10. Диагноз _____ 10

_____ подробно с указанием органа локализации

_____ опухоли в органе, степени ее распространенности

11. Диагноз подтвержден: 11

морфологически— 1, эндоскопически — 4, цитологически —2, изотопным методом — 5, рентгенологически — 3, только клинически — 6.

12. Лечебное учреждение, куда направлен больной _____ □12

Фамилия врача, заполнившего извещение
_____подпись

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИЗВЕЩЕНИЯ

1. Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории.
2. Извещение составляется всеми врачами общей и специальной лечебной сети на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в т. ч. на больных, выявленных при целевых и периодических профосмотрах, медицинском освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии и т. д.
3. Кодирование извещений производится только в онкологических учреждениях. При заполнении пунктов, в соответствующих квадратах которых стоит цифра, нужный признак отмечается знаком, например:
4. На больных с заболеваниями, подозрительными на рак (клин. гр. 1-а), и с предопухолевыми заболеваниями (клин. гр. 1-Б) извещения не составляются.
5. В извещениях следует разборчиво заполнить все пункты. Записи не должны перекрывать квадраты, предназначенные для кодирования сведений.
6. П. п. 1, 5, 8, 9 и 11 заполняются в соответствии с примечанием на лицевой стороне.
7. В строке «дата обращения» указывается число, месяц и год, когда больной впервые обратился по поводу данного заболевания, независимо от того, в каком лечебном учреждении он был обследован.
8. В п. 4 указывается основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни. Если больной к

моменту заполнения извещения находится на пенсии, следует указывать кем он работал раньше.

9. В п. п. 6 и 7 отмечается адрес постоянного, (а не временного) места жительства больного.

10. Ко II клин, группе относятся больные, которые по степени распространения опухоли подлежат специальному лечению, независимо от того, отказываются ли они от него или имеют общие противопоказания. К IV клин, группе относятся больные с далеко зашедшими формами-заболевания, у которых специальное лечение уже невозможно.

11. В п. 11 следует подчеркнуть каждый из перечисленных методов исследования, с помощью которых у больного был установлен диагноз.

12. В п. 12 указывается лечебное учреждение, в которое больной направлен для дообследования или лечения. В извещениях на не госпитализируемых больных II клин. группы указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения и др.).

Министерство здравоохранения
Здравоохр. учетн. ф № 218
Утверждена Министерством
здравоохранения

**Направление на пато-гистологическое исследование
биопсии, операционного, секционного материала**
(Заполняется в случае направления на исследования в
лаборатории других учреждений)

В патологогистологическую лабораторию больницы

Из отделения _____ больницы _____
название

История болезни № _____

Фамилия, имя и отчество больного или умершего

Возраст _____ лет. Пол _____

Материал биопсированный, операционный, секционный
(подчеркнуть):

взят _____ г.

час, число, месяц

Клинический диагноз _____ **Протокол вскрытия №** _____

Основное заболевание _____ **Дата вскрытия** _____

_____ **Патологоанатомический
диагноз**

Осложнение основного заболевания

Сопутствующие заболевания _____

Хирургические вмешательства _____

Данные исследования биопсированного материала (если
такое ранее производилось)

Что посылается для исследования (указать орган, ткань, сколько кусочков от куда взят материал)

Дополнительные замечания патологоанатома _____

Подпись направившего материал _____

разборчиво

Дата отправки материала «_____» _____ г.

Патогистологическое исследование материала № _____

Материал принят на исследование «__» _____ г.

Результаты исследования:

(описание препаратов и патологистологический диагноз)

Исследование производил

Дата исследования _____ г. Врач _____

Дата выдачи анализа _____ Лаборант. _____

фамилия и.о. разборчиво

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

наименование учреждения _____

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма № 204/у

Утв. Минздравом

НАПРАВЛЕНИЕ № _____ НА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

« _____ » _____ г. __ час. мин.
дата и время взятия материала

В _____ лабораторию
Фамилия И.О. _____ Возраст _____
Медицинская карта № _____ Учреждение _____
Отделение ____ палата ____ участок _____
Адрес постоянного места жительства (временного с указанием
Ф.И.О., у которого проживает обследуемый) _____

Место работы, учебы (наименование детского учреждения,
школы) _____

Диагноз, дата заболевания: _____

Показания к обследованию: больной переболевший,
реконвалесцент, бактерионоситель, контактный, профилактическое
обследование _____

(подчеркнуть, вписать)

Материал: кровь, моча, мокрота, кал, дуоденальное
содержимое, спинномозговая жидкость, пунктат, раневое
отделяемое, гной, выпот, секционный материал, мазок со
слизистых, соскоб и др. _____

(подчеркнуть, вписать)

Цель и наименование исследования: _____

(подчеркнуть, вписать)

Должность, фамилия, подпись лица, направляющего материал

Код формы по ОКУД _____

Код учрежд. по ОКПО _____

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Республиканское патологоанатомическое бюро

Медицинская документация.

Форме № 013/У Утверждена

Минздравом Кыргызской

Республики 11.11.92 №338

**ПРОТОКОЛ (КАРТА) ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ № _____**

« _____ » 200 _____ г.

Врач-патологоанатом

Республика (обл., край) _____ Район(город) _____

Больница _____ отделение _____ Карта больного _____

Фамилия, имя, отчество _____

М/Ж _____ Возраст _____ (лет) _____

Место жительства _____

Дата поступления _____

Проведено _____ койко/дней. Дата смерти _____

год, месяц, число, час

Дата вскрытия _____

год, месяц, число, час

Присутствовали на вскрытии: _____

Коды:

Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания) _____

Клинический эпикриз:

Результаты патологоанатомического исследования

Рост	Вес тела	Вес органов						
		Мозг	Сердце	Легкие	Печень	Селезенка	Почки лев./прав.	

Текст протокола

Причины расхождения диагнозов

Объект трудн. диагностики	Кратковр. пребыв.	Недообсл. больного	Переоценка данных обсл.	Редкость заболеваний.	Неправ. оформл. диагноза

Причина смерти (во врачебном свидетельстве о смерти № _____ сделана следующая запись:

Коды:

_____ I		a) _____
_____		b) _____
_____		c) _____
_____		d) _____
_____ II		

Клинико-патологоанатомический эпикриз

Фамилия

патологоанатома

подпись

Заведующий отделением

Подпись

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К ФОРМЕ №106/У № _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Возраст _____ 3. Дата смерти _____
число, месяц, год
3. Смерть последовала: в стационаре – 1, дома – 2, в др. месте – 3
(подчеркнуть) _____
(вписать где)
4. Для детей, умерших в возрасте от 6 дней до 1 года: дата рождения:
число _____, месяц _____, год _____, вес при рождении _____ гр., рост _____ см,
5. Место рождения _____
наименование учреждения, адрес
6. Фамилия, _____, имя, _____, отчество _____ матери _____
7. Фамилия врача (фельдшера, акушерка), выдавшего свидетельства о смерти _____
« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись получателя _____

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

Код ЛПУ

Код ГСВ

Медицинская документация Форма 106/у
Утвержденная приказом Минздрава Кыргызской
Республики № 45 от 3.02.2004

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного _____)
Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

Место
для кода

2.
3.
4.
5.

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
2. Пол: муж. – 1 жен. – 2 (подчеркнуть)
3. Дата рождения: год _____ месяц _____
число _____
4. Дата смерти: год _____ месяц _____
число _____
5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года;
доношенный -1, недоношенный -2(подч.); масса (вес) при
рождении _____ граммов, число месяцев и дней
жизни _____

6. <input type="checkbox"/>	6. В случае смерти женщины, указать наличие беременности в предшествовавшие смерти 42 дня _____
7. <input type="checkbox"/>	7. Место постоянного жительства умершего: Республика, область _____ район _____ город-1, село-2 (подч.) _____ ул. _____, дом _____, кв. _____
8. <input type="checkbox"/>	8. Место смерти: _____ а) Республика, область _____ район _____ город (село) _____ б) смерть последовала: в стационаре-1, дома-2, в др. месте-3 (подчеркнуть)
9. <input type="checkbox"/>	_____ (вписать где) 9. Смерть наступила от: заболевания-1, несчастного случая вне производства-2, несчастного случая в связи с производством-3, убийства-4, самоубийства-5, род смерти не установлен-6 (подчеркнуть)
10. <input type="checkbox"/>	10. Причина смерти установлена: врачом, только установившим смерть-1, врачом, лечившим умершего-2, патологоанатом-3, судебно-медицинским экспертом-3 (подчеркнуть)

Причина смерти:	
a)	_____ непосредственная причина смерти
b)	_____ осложнение, вызванное (или явившееся следствием)
c)	_____ — осложнение вызванное (или явившееся следствием)
d)	_____ основная причина смерти
8. В случае смерти женщины:	
8.1. умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности)	
8.2. в процессе родов (аборта)	
8.3. в течении 42 дней после родов (аборта)	
8.4. в течении 43-365 дней после окончания беременности, родов	

Линия отреза

<p>11. <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Я, врач (фельдшер, акушерка)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Ф.И.О</p> <p>должность _____</p> <p>удостоверяю, что на основании: осмотра трупа-1, записей лечащего врача в медицинской документации-2, предшествующего наблюдения-3, вскрытия-4 (подчеркнуть) мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:</p>	
<p>Код МКБ-10 основной причины смерти</p>	<p style="text-align: center;">Причина смерти*</p>	<p>Приблизительный период между патологическим процессом и смертью</p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти с указанием последовательности событий основная причина смерти указывается в последнюю очередь)</p> <p>a) _____ непосредственная причина смерти</p> <p>b) _____ осложнение вызванное (или явившееся следствием)</p> <p>c) _____ осложнение вызванное (или явившееся следствием)</p> <p>d) _____ основная причина смерти</p>	

	<p>II. Прочие важные состояния, способствующие смерти, но связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней _____</p> <p>*Сокращения при написании диагноза не допустимы</p> <p>12. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы): а) дата травмы (отравления): год _____ месяц _____ число _____ б) при несчастных случаях, не связанных с производством, указать вид травмы: бытовая-1, уличная (кроме транспортной)-2, дорожно-транспортная-3, школьная-4, спортивная-5, прочие-6 (подчеркнуть), в) место и обстоятельство при которых произошла травма, отравление (указать подробно)</p> <hr/> <p>13. <input type="checkbox"/></p> <p>13. медицинское свидетельство выдано: наименование медицинского _____ учреждения _____</p> <hr/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Печать учреждения здравоохранения </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Подпись лица, выдавшего свидетельство о смерти </td> </tr> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">Заполняется в органе государственной статистики:</p> <p>14. <input type="checkbox"/></p> <p>14. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств о смерти: « _____ » _____ 20 _____ г.</p> <p>Подпись _____</p>	Печать учреждения здравоохранения	Подпись лица, выдавшего свидетельство о смерти
Печать учреждения здравоохранения	Подпись лица, выдавшего свидетельство о смерти		

Оглавление

1. Введение	стр. 3
2. Структура патологоанатомической службы	стр. 6
3. Патологоанатомическая документация	стр. 12
4. Практическая деятельность патологоанатома	стр. 16
5. Патологоанатомический диагноз	стр. 39
6. Регистрация смерти	стр. 56
7. Биопсия органов и тканей.....	стр. 61
8. Клинико-анатомическая конференция	стр. 75
9. Литература	стр. 84
10. Приложение	стр. 85