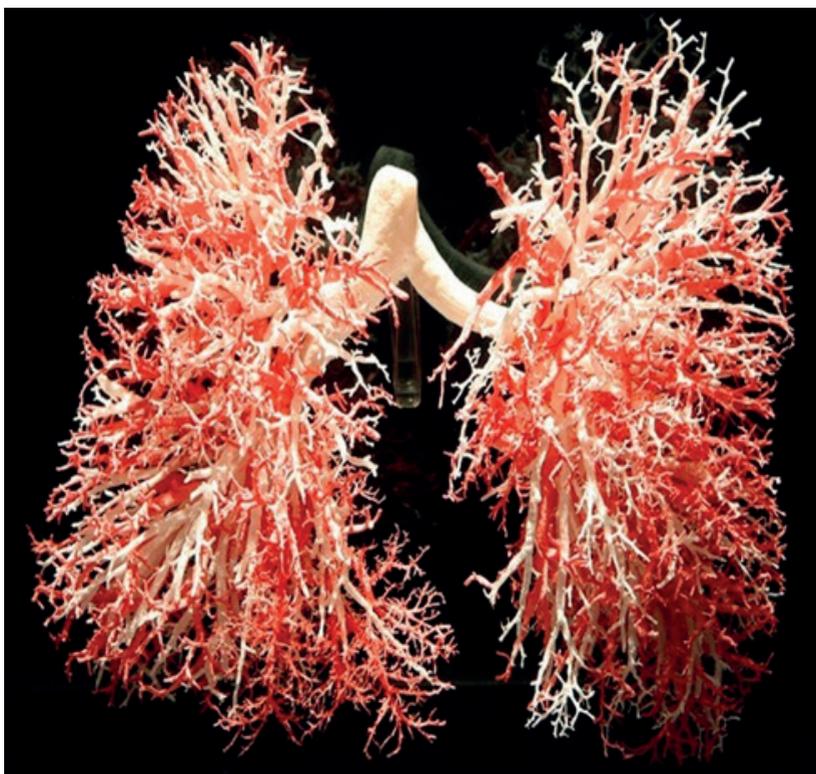


Клиническая анатомия

Учебно-методическое пособие



Бишкек 2020

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра патологической анатомии



КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Допущено Министерством образования и науки
Кыргызской Республики в качестве учебного пособия
для студентов высших учебных заведений

Бишкек 2020

УДК 616-091(075.8)

ББК 52.5

К 49

Рецензенты:

М.Ш. Мукашев, д-р мед. наук, проф. КГМА им. И.К. Ахунбаева,
И.Ж. Сатылганов, д-р мед. наук, проф. КГМА им. И.К. Ахунбаева,
Н.К. Исмаилов, канд. мед. наук, доцент КРСУ

Составители:

Ж.Т. Турганбаев, канд. мед. наук, доцент КРСУ,
М.И. Ахметова, канд. мед. наук, доцент КРСУ,

Рекомендовано к изданию Ученым советом ГОУВПО КРСУ

К 49 КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ: учебное пособие / сост.: Ж.Т. Турганбаев, М.И. Ахметова. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2020. – 102 с.

ISBN 978-9967-19-743-5

В учебном 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.

УДК 616-091(075.8)

ББК 52.5

ISBN 978-9967-19-743-5

© ГОУВПО КРСУ, 2020

ВВЕДЕНИЕ

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

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 – непременное 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 1948 года «Об улучшении патологоанатомического дела в больницах; 1959 года – об улучшении патологоанатомической службы и повышении ее роли в улучшении качества диагностики и лечении больных»; 1970 года – «О мерах по улучшению патологоанатомической службы»; «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы в стране» – 1983 года и «Об организации патологоанатомических бюро» – 1988 года.

Патологоанатомическая служба в Кыргызстане берет свое начало с прозектуры Фрунзенской городской больницы, организованной Б.Ф. Малышевым в 1940 году. В дальнейшем, в 1941 году, им же была организована кафедра патологической анатомии

в Кыргызском государственном медицинском институте. По его инициативе в послевоенные годы были организованы патолого-анатомические отделения по всей республике.

Патологоанатомическая служба Кыргызской Республики определена принятым в 2005 году законом «Об охране здоровья народа в Кыргызской Республике» в статьях № 39, 42, 43 и 44 и приказом МЗ КР № 593 от 24 октября 2014 года, регламентирующей её деятельность, задачи и структуру.

Задачи патологоанатомической службы вытекают из самой сути дисциплины «Патологическая анатомия». Патологическая анатомия, с одной стороны, это – прикладная наука, которая, рассечивая 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:

1. Проведение совместно с лечащими врачами клинко-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.

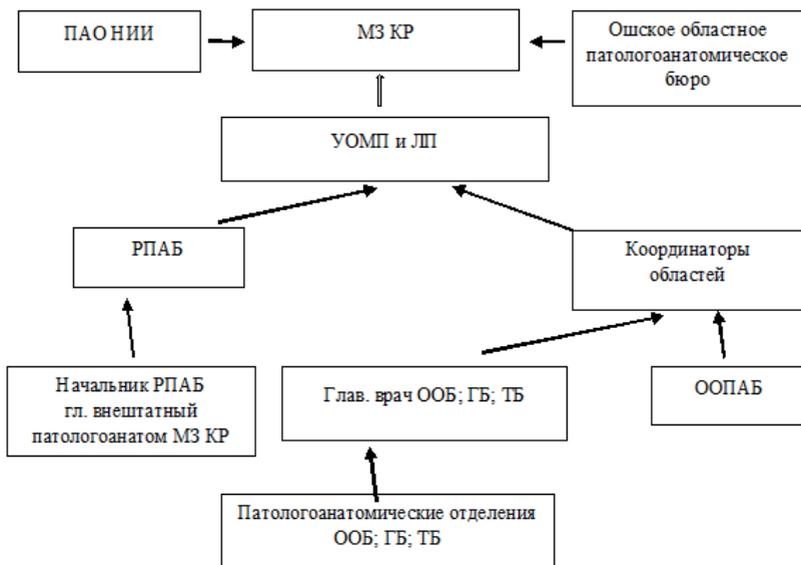
6. Повышение квалификации врачей, клиницистов и патологоанатомов путем клинико-анатомических сопоставлений на вскрытии и проведения клинико-анатомических конференций.

7. Обучение студентов-медиков и врачей.

8. Ознакомление студентов с нормативно-правовыми документами, регламентирующими деятельность патологоанатомической службы республики.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Патологоанатомическая служба является важнейшим звеном для получения надежной информации в системе здравоохранения о качестве диагностики, лечения и причинах смерти. Организационная структура патологоанатомической службы в Кыргызской Республике представлена на нижеследующей схеме.



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

Первая – патологоанатомические бюро, самостоятельные медицинские организации, подчиняющиеся Министерству здравоохранения или областным координаторам. В республике имеется два бюро: в г. Бишкеке – Республиканское и Ошское областное. Самостоятельность патологоанатомической службы позволяет более эффективно выполнять контролируемую функцию службы, укреплять материальную базу, создавать благоприятные ус-

ловия для профессионального роста врачей и лаборантов, также для подготовки врачей-патологоанатомов через клиническую ординатуру, что улучшает работу по выявлению и разбору ошибок клинической диагностики и способствует повышению уровня лечебно-диагностической работы в лечебно-профилактических организациях.

Необходимыми условиями организации патологоанатомических бюро являются:

- достаточная материально-техническая база (наличие помещений, оборудования и 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.

Третья – патологоанатомические отделения Научно-исследовательских институтов.

Согласно положению о патологоанатомической службе, в Кыргызской Республике начальник Республиканского патологоанатомического бюро является главным внештатным патологоанатомом Министерства здравоохранения республики.

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.

Обязанности главного внештатного патологоанатома МЗ:

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 Кыргызской Республики.

6. Составление сводных отчетов о деятельности патологоанатомической службы Кыргызской Республики.

7. Организация и проведение семинаров по актуальным вопросам патологоанатомической службы.

Организационно-методическим центром патологоанатомической службы Кыргызской Республики является Республиканское патолого-анатомическое бюро, организованное в 1988 году (приказ МЗ № 384 от 30.12.1988 года), основными задачами которого являются организационно-методическое и практическое руководство патологоанатомической службой, осуществление мер по дальнейшему развитию и совершенствованию службы и повышению квалификации патологоанатомов.

Задачи Республиканского бюро (РПАБ)

1. Разрабатывает основные рекомендации о направлениях и формах работы патологоанатомических учреждений.

2. Подготавливает нормативно-инструктивные и методические материалы по службе в целом или различным разделам патологоанатомической работы.

3. Изучает потребность здравоохранения в патологоанатомических кадрах и осуществляет их подготовку.

4. Изучает потребность патологоанатомической службы в оборудовании, аппаратуре и химических реактивах.

5. Принимает участие в разработке методов статистической обработки секционного и биопсийного материала и в работе по унификации патологоанатомической терминологии.

6. Изучает и обобщает опыт работы патологоанатомических отделений и разрабатывает предложения по распространению передового опыта в системе патологоанатомической службы Кыргызской Республики, внедрению рационализаторских предложений и новых методов исследования в патологоанатомическую практику.

7. Организует консультативную помощь организациям здравоохранения по различным вопросам организации практической деятельности патологоанатомических отделений.

8. Оказывает консультативную помощь и руководит отдельными исследованиями лечебно-профилактических и научных учреждений по важнейшим проблемам патологии человека.

9. 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-хозяйственную часть;
- отделение по оказанию ритуальных и других платных услуг;
- бухгалтерию.

Указанная структура ПАБ может изменяться в соответствии с местными условиями, исходя из целей наиболее рационального обеспечения ЛПУ своевременными и высококачественными патологоанатомическими исследованиями и 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 24 октября 2014 года).

Штаты патологоанатомической службы

Численность штатных должностей патологоанатомических бюро и отделений регламентированы приказом МЗ Кыргызской Республики № 593 от 24 октября 2014 года.

Расчет штатных единиц производится следующим образом:

1. Врачебный персонал:

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

- 200 вскрытий умерших в возрасте от 15 лет или старше;
- 180 вскрытий умерших детей или мертворождённых;
- 4000 исследований биопсийного и операционного материала.

2. Средний медицинский персонал:

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

3. *Младший медицинский персонал:*

3.1. Должности санитаров устанавливаются из расчета 0,75 должности на каждую ставку 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 отчетной документации.

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.

1. Документация секционного раздела

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 приведена ниже.

П/н	Дата поступления	Ф.И.О. умершего	Дата рождения	Клинический диагноз	Патологоанатомический 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 доставляется в ПАБ или ПАО.

***Протокол патологоанатомического вскрытия
(учетная форма № 013/У)***

Структура протокола в каждом случае должна быть стереотипной и включать 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 врачебного свидетельства о смерти (причина смерти согласно пунктам а, б, с, д).

Медицинское свидетельство о смерти

Медицинское свидетельство о смерти, которое выдается родственникам, является важным юридическим документом. По существующим правилам (Приказ МЗ КР № 593 от 24 октября 2014 года), 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; см. приложения), заполнение которых обычно доверяют среднему медицинскому персоналу, особых затруднений оно 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; см. приложения) в СЭС.

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

Об отправке таких документов в протоколе вскрытия 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, то есть на патологоанатома, если это заболевание было обнаружено во время вскрытия.

2. 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.

3. 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 медицинская сестра составляет график работы сотрудников и ведет табель, заверенный подписью заведующего. При большом числе штата врачей, 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 четырех 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. Все мероприятия, начиная с иссечения тканей, их гистологического изучения, называются биопсией, а исследуемый участок ткани – биоптатом. Этот раздел деятельности патологоанатома является наиболее важным и ответственным, так как 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 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, подозрении на насильственную смерть, поступлении в стационар умершего по дороге в больницу, 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 сильнодействующих 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 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, то есть трудно определить непосредственную причину смерти (от осложнения основного заболевания или медицинского вмешательства).

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 года за исключением случаев смерти, подлежащих обязательному патологоанатомическому исследованию).

Задачи вскрытия трупов

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 суб-

страта. Это вытекает из положения единства функции и структуры. Неверная интерпретация клиницистом прижизненных проявлений болезни, может быть обусловлена разными факторами: субъективными – сходство клинических проявлений различных процессов, обусловленных дефектами обследования больного и объективными: их патоморфозом. 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 клиничко-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, выявляются 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, так как 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 также отводится 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 регламентированы «Положением о порядке вскрытия трупов» (Приложение 2 к приказу МЗ КР № 593 от 24 октября 2014 года).

Ниже приводятся основные пункты данного положения, знание которых абсолютно необходимо 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 Кыргызской Республике № 6 от 6 января 2005 года» 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 патологоана-

томическое 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 «Об анатомическом даре» Закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» № 6 от 6 января 2005 года.

Порядок проведения патологоанатомического вскрытия

Патологоанатомическое вскрытие разрешается производить в любые сроки после констатации биологической смерти врачами 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, подлинные документы 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.

В зависимости от целей и задач вскрытия, а также вида патологии умершего, врач-патологоанатом выбирает один из существующих методов вскрытия – по Вирхову, Кнори, Летюллю, Абrikосову и Шору.

Порядок проведения вскрытия

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. Документирование результатов патологоанатомического исследования.

Изучение медицинской документации умершего

Перед вскрытием трупа врач-патологоанатом обязан изучить историю болезни умершего и провести беседу с клиническими врачами. 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 лечебно-диагностических 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:

- обоснование основного заболевания, в том числе комбинированного;
- описание особенности развития, течения и клинических проявлений болезни у данного больного;
- оценку влияния применявшейся терапии на течение болезни;
- представление о причине смерти и, если это возможно, о танатогенезе (динамике умирания).

Таким образом, к моменту вскрытия патологоанатом должен иметь представление о нозологической патологии, которую 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 такие причины смерти, как шок, коронарную недостаточность, коллапс. ЭКГ-данные о фибрилляции желудочков, клиника шока в сопоставлении с данными морфологии позволяют решить вопрос о причине смерти. Невозможно понять механизм тромбгеморрагического синдрома, не зная данных о состоянии свертывающей системы крови. Не зная тактики и техники оперативного вмешательства, трудно оцени-

вать его значение для исхода болезни. В случае реанимационных мероприятий, без данных клиники вообще невозможно решать вопросы танатогенеза и причины смерти.

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

Диагноз – (*греч.* – распознать, различить, точно взвесить, составить мнение) – это краткое врачебное заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся заболеваниях, травмах или о причине смерти больного. Диагноз должен быть оформленным в соответствии с действующими стандартами и выраженным в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней.

Диагноз должен быть:

- нозологическим – каждая рубрика должна начинаться с нозологической формы, если это невозможно – синдрома;
- соответствующим международным номенклатуре и классификациям болезней – МКБ-10;
- развернутым, то есть содержать дополнительную интранозологическую характеристику патологических процессов, включать все известные, конкретно морфологические, клинико-лабораторные и другие данные;
- этиологическим и патогенетическим, если это не противоречит медико-социальным требованиям, имеющим приоритет;
- структурно оформленным, то есть разделенным на унифицированные рубрики;
- достоверным, то есть фактически и логически обоснованным.

Ведущий принцип формулировки диагноза в медицине – *нозологический*.

**Термины и определения
в соответствии с отраслевым стандартом
ОСТТО № 91500.01.0005 – 2001:**

Нозологическая форма (единица) – совокупность клинических, лабораторных, инструментально-диагностических признаков, позволяющих определить заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе заболеваний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими принципами лечения и коррекции состояния.

Синдром – это состояние, развивающиеся как следствие заболевания и определяемое совокупностью клинических, лабораторных, инструментально-диагностических признаков, которые позволяют идентифицировать его и отнести к группе заболеваний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиникой и общими подходами к лечению, зависящими, однако, и от заболеваний, лежащих в основе данного синдрома.

Исходя из положений закона «Об охране здоровья народа в Кыргызской Республике» № 6, принятого 6 января 2005 года, диагноз наделяется разнообразными функциями:

1. *Медицинская.* Диагноз – это обоснование к выбору методов лечения и профилактических мероприятий, а также для оценки прогнозов развития заболевания.

2. *Социальная.* Диагноз – это обоснование для медицинской экспертизы – временной нетрудоспособности, медико-социальной, военно-врачебной, судебно-медицинской, судебно-психиатрической, в связи заболеваниями, связанными с профессией, качеством медицинской помощи.

3. *Экономическая.* Диагноз – это основа для нормативного регулирования здравоохранения в рамках порядка оказания медицинской помощи, её стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

4. *Статистическая.* Диагноз – это источник государственной статистики заболеваемости.

Международная номенклатура и классификация болезней

Для сравнительного анализа заболеваемости и смертности населения разных стран, а также, согласно требованиям медицинской информатики, демографической статистики, экономики здравоохранения, организаций санитарно-эпидемиологического надзора, социального и медицинского страхования, судебно-правовых органов, стали необходимостью составление и периодический пересмотр международной номенклатуры и классификации болезней. Подготовку и периодические пересмотры с 1948 года осуществляют комитеты экспертов ВОЗ. Двадцатая сессия ВАЗ (1968 г.) утвердила и ввела в действие Положения о номенклатуре (в том числе о составлении и публикации статистических данных), относящихся к болезням и причинам смерти.

Во второй статье Положения всем странам при учете и анализе заболеваемости и смертности населения предложено руководствоваться текущим пересмотром МКБ.

В настоящее время используются следующие международные классификации:

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, – МКБ.
2. Международная классификация болезней в онкологии – МКБ-О.
3. Международные гистологические классификации опухолей.
4. Классификации стадий анатомического распространения злокачественных опухолей по системе TNM.
5. Классификация наследственных заболеваний человека.
6. Международные классификации по отдельным дисциплинам (дерматология, зубоврачебное дело и стоматология, ревматология и ортопедия, психические расстройства и т. д.), которые используют пятые и шестые знаки, с целью детализации рубрик МКБ.

Первая классификация была принята в 1893 году – классификация Бертильона.

Настоящая МКБ-10 пересмотра была утверждена на 43-й сессии ВАЗ в 1989 году и введена в действие в 1993-м, в России – в 1998 году. С 1999 года МКБ-10 действует повсеместно. В МКБ-10 представлена медицинская номенклатура, содержащая 21 класс заболеваний и проблем, связанных со здоровьем. Уточнены определения антенатальной, перинатальной, неонатальной, младенческой и материнской смертности. Даны критерии живорождения, мертворождения, недоношенности (беременность сроком менее 259 дней), доношенности (259–293 дня), переношенности (294 и >). Перинатальным периодом считается срок с 154-го дня до 7-го полного дня жизни после рождения. Неонатальный (период новорожденности) заканчивается 28 полными днями после рождения.

В МКБ-10 впервые введена алфавитно-цифровая система кодирования, что позволило расширить рамки классификаций и объем рубрик, а также дальнейшее проведение пересмотров МКБ, без нарушения цифровой системы. МКБ-10 отвечает задачам изучения заболеваемости и смертности населения, оценке эффективности медицинской помощи, её рациональной организации. В основе МКБ-10 положен принцип использования согласованной номенклатуры с едиными названиями нозологических форм. В МКБ-10 включены также синдромы, симптомы, патологические состояния, травмы, условия получения повреждений и травм.

Ежегодно комитет экспертов ВОЗ, основанный в 1999 году, вносит в МКБ-10 изменения. Например, в пересмотре МКБ-10 от 2016 года термин «септицемия» заменен термином «сепсис», а общее число изменений и уточнений превысило 200. В 2016 году в Токио комитет экспертов ВОЗ представил 11-й пересмотр МКБ, подготовленный для использования в электронной среде, который планируется утвердить в ближайшие годы.

МКБ-О – всем опухолям присвоены 5-значные коды «М» от 8000/0 до 9989/3. Первые 4 знака обозначают гистологический тип опухоли, 5-й знак после черты (/) указывает на биологическое поведение опухоли или на то, что очаг метастатический. В соответствии с требованиями МКБ-10, МКБ-О, все опухоли регистрируются по локализации первичного очага.

Классификация стадий анатомического распространения злокачественных опухолей – система TNM

Классификация была введена ВОЗ в 1967 году и представляет наиболее точный, распространенный и обязательный для практического применения способ кодирования стадий анатомического распространения злокачественных опухолей. Система TNM характеризует распространение опухолей по показателям (рубрикам), где Т (tumor) – распространение первичного узла опухоли; N (node) – отсутствие или наличие и степень поражения региональных лимфатических узлов; М (metastases) – отсутствие или наличие отдаленных (гематогенных, реже – отдаленных лимфогенных) метастазов. После каждой из букв указываются цифры или другие обозначения, характеризующие распространение конкретной злокачественной опухоли.

Классификация наследственных заболеваний человека – OMIM

Это постоянно обновляемая база данных о генных локусах, фенотипах, включая наследственные заболевания, (Университет Джона Хопкинса, США), представляет совокупность статей, где каждой в OMIM присваивается 6-значный номер. 1-я цифра указывает на способ наследования. Аллели гена обозначаются 6-значным номером статьи (статья гена), за которым следует 4-значный номер данного аллеля. Классификация OMIM – общепринятая при обозначении и идентификации различных наследственных заболеваний человека.

Клинический диагноз должен быть своевременным и динамичным.

Основные требования к формулировке заключительного клинического, патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов едины. Это обусловлено не только сходными правилами формулировки, но и необходимостью их сопоставления при проведении клинико-экспертной работы. Соблюдение этих

требований должно неукоснительно выполняться врачами всех специальностей и во всех медицинских организациях.

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 лечения 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), сопут-

ствующих 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

Осмотр трупа начинается с установления 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 «гладилатора» у умерших от холеры. Слабо выраженное трупное окоченение или его отсутствие говорит в пользу септического состоя-

ния. 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 всю поверхность 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, спаяк, 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 мозговых оболочек, состояние синусов, костей основания черепа.

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

Вскрытие мертворожденных и новорожденных отличается 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 пупочного 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, пузырьрей – 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, ее подвижность, 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 тща-

тельного 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, 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 тут же помещает их в фиксирующую жидкость (чаще это 10–12%-й 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, биохимические.

Вскрытие 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%-й раствор лизола, 5–10%-й раствор хлорамина и др.) и дезинфекци-

онной 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 высококонтагиозных 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 опасной инфекционной болезни (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 лечебно-профилактического учреждения, который обязан вызвать консультантов из противочумных учреждений или отделов особо опасных инфекций СЭС. Вскрытие продолжается по прибытии специалиста по особо опасным инфекциям.

Вскрытие умерших от особо опасных болезней (чума, холера) проводится в соответствии с «инструкцией о противоэпидемическом 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 I типа – полном противочумном костюме.

Костюм I типа состоит из комбинезона или пижамы, капюшона или соответствующей косынки (90 × 90 × 125 см), противочумного халата, ватно-марлевой 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. Рекомендуется сначала надевать хирургические перчатки, а поверх их анатомические.

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

Сначала надо брать 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 следует произвести во время вскрытия, как и бактериоскопию крови, 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, 1980).

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%-м растворе карбоната натрия не менее 30 минут или погружают в 2–3%-й раствор лизола, 10%-й раствор формалина.

Захоронение трупов лиц, умерших от ООИ (кроме чумы), производят специально выделенные лица, одетые в противочумные костюмы I 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 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.

Диагностика патологических процессов по макроскопическим признакам формируется во время вскрытия, в дальнейшем, после гистологического и дополнительных методов исследования, диагноз оформляется в полном объеме.

В настоящее время особую значимость 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, на его качестве, в целом.

При изложении протокола патологоанатомического вскрытия необходимо придерживаться главного принципа – объективности врача-патологоанатома. 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 возрастная органическая специфика течения и морфологические проявления болезни, место жительства – географические особенности районов 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 приводится 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, мочевой пузырь 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 патологии.

Клинико-анатомический эпикриз

Заключительной частью протокола вскрытия является клинико-патологоанатомический эпикриз.

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 течение 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 учреждениях, 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 должны 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, улучшению 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-го 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, должна 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 связанными 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 несколь-

ко нозологических форм, каждая из которых могла сыграть свою 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 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 причиной 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 наиболее вариабельными по мере увеличения объема и методов лечения. Известен целый ряд медицинских манипуляций, которые могут вести к осложнениям, несовместимыми 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:

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

Диагноз «наркотическая 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 бронхоспазма, рефлекторной остановки сердца, гипоксии может быть расшифрован только путем клинико-анатомических сопоставлений.

Лечебные и диагностические мероприятия, как осложнения основного заболевания:

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

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

Патологоанатом может диагностировать ятрогенную патологию в качестве основного, конкурирующего, сочетанного или сопутствующего заболевания. Заболевание, по поводу которого лечили больного, относят к фоновому, конкурирующему или сочетанному. В качестве примера ятрогении как основной патологии, наиболее часто встречающейся на вскрытии, осложнения катетеризации подключичной вены (септический тромбофлебит с тромбозами легких, бактериальный эндокардит трехстворчатого клапана, гемоторакс и пневмоторакс), а также катетеризационный пупочный сепсис.

Включение в патологоанатомический диагноз патологии терапии – тяжелая моральная задача для патологоанатома. Для клинициста констатация смертельных осложнений диагностики и лечения в патологоанатомическом диагнозе моральное, иногда юридически наказуемое. 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 роль в танатогенезе патологии, по поводу которой проводились диагностические и лечебные мероприятия. Согласование точек зрения патологоанатома и клинициста, а также обсуждение случая на клинико-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 макроско-

пическом 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 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 2–5 следует по возможности выделить основную, способствующую и прочую патологию.

Патология матери. К патологии матери относятся, 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, 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), многоводие и аномалии положения плода.

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

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

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.

Варианты СДР (пневмопатии) – первичный ателектаз легких, отечно-геморрагический синдром, гиалиновые мембраны, синдром массивной аспирации, являются основным заболеванием, а их проявления – дыхательной недостаточностью. 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.

Аntenатальная и интранатальная асфиксия плода является основным заболеванием, если клинически и морфологически здоровый плод погибает от острого нарушения маточно-плацентарного или плацентарно-плодного 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 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 конкурирующие или сочетанные заболевания. ВПР, не имеющие значения в генезе смерти, относят к сопутствующим заболеваниям. Следует подчеркнуть, что для реальной оценки места ВПР в патологоанатомическом диагнозе необходимы их подробная морфологическая характеристика, топография, форма, выраженность.

Место родовой травмы определяется аналогично. Травма может быть основным, конкурирующим, сочетанным или сопутствующим заболеванием. Иммунодефицитные синдромы, болезни накопления, хромосомные синдромы, первичная тимомегалия расцениваются как основное заболевание.

Инфекционные болезни новорожденных: 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.

Конструкция патологоанатомического диагноза в случае смерти детей до 1 года

В патологоанатомический диагноз детей, умерших, начиная с 8 суток жизни, патология матери не вносится. Клинические данные об экстрагенитальной патологии матери, 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 исследований трупного материала, сочетания серологических реакций и бактериологического исследования. Комплексное исследование позволяет расшифровать инфекционные болезни сегодняшнего дня, они в большинстве своем мультикаузальные, то есть вызванные различными нозологическими формами.

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

Основным заболеванием, вне зависимости от наличия другой патологии у детей в возрасте до 1-го года, являются, 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 имеются клинические данные о последовательности развития инфекционных заболеваний, первоначальную инфекцию, особенно эффективно леченную, допустимо говорить о фоновой патологии. В качестве сопутствующего в патологоанатомический диагноз следует включать инфекционное заболевание, развившееся у ребенка в терминальном состоянии.

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов

Клинико-анатомическое сопоставление включает в себя сличение диагнозов, обсуждение вопросов, связанных с обследованием больного, своевременностью установления диагноза, обос-

нованностью и своевременностью проведенных лечебных мероприятий, выяснением причин и механизма смерти и оформление медицинской документации. Рассматривается развитие диагностического мышления клинициста, на каком этапе был поставлен первоначальный диагноз, какие меры принимались в дальнейшем для установления, уточнения окончательного диагноза.

При проведении сличения клинического и патологоанатомического диагнозов по различным категориям лечащему врачу и патологоанатому следует руководствоваться едиными установками 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 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, влекущим за собой расхождение диагнозов.

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

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов завершает клинико-анатомический разбор секционного случая, итоги которого имеют значение в улучшении лечебно-диагностической работы, повышения квалификации врачей, выявления слабых звеньев организации медицинской помощи населению.

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.

К *I 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.

К *II 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 обязательно 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 оказанная медицинская помощь не имела бы положительного эффекта. Должен быть поставлен правильный диагноз.

К *III 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, панкреонекроз, 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 при совпадении клинического и патологоанатомического диагнозов должны анализироваться 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 со стороны последа.
2. Основное заболевание распознано правильно, но не установлены заболевания 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 «пнев-

мония» 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 основного клинического и патологоанатомического диагнозов весьма различны и установить их целесообразно на клинко-анатомической конференции, после тщательного обсуждения данных клинических проявлений, обследования больного и результатов вскрытия, то есть сличение 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. Недостаточное обследование 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.

Регистрация смерти производится отделами (бюро) записи актов гражданского состояния городской, районной государственной администрации, а в сельских населенных пунктах и поселках – в айыл окмоту. Согласно Кодексу «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 – медицинский, юридический, статистический документ. Свидетельство о смерти – основа государственной статистики причин смерти и 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 двух врачей, выдаются только медицинское (врачебное) свидетельство 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 выдается медицинское (фельдшерское) свидетельство (справка) о смерти (Форма № 106-1/У) фельдшером.

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.

1. Свидетельство о смерти выдается патологоанатомом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия. Согласно статье 43 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья населения Кыргызской Республики» от 6 января 2005 года № 6, 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. 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 Приказ МЗ Кыргызской Республики № 593 от 24 октября 2014 года. Приложение 2).

Запрещается использование форм свидетельства о смерти, не утвержденных Министерством здравоохранения КР.

Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой «окончательное», но в дальнейшем в записи диагноза выявилась ошибка, следует составить новое свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки, «взамен окончательного» свидетельства о смерти № 000 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, 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 двух 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 после вскрытия, без поправок и исправлений, подписывает свидетельство о смерти врач, вскрывавший 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 из комплекса взаимодействующих заболеваний должен 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 осложнениями, послужившими непосредственной причиной смерти.

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

В строку «б, 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, которой 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.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти

Перинатальная смертность – мертворождение и смерть детей в первые 7 дней после рождения.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется всеми организациями здравоохранения, оказывающими стационарные услуги, услуги ПМСП, патологоанатомическими бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы на каждый слу-

чай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (0–6 суток после рождения).

Во всех случаях перинатальной смерти ребенка (плода) в стационаре или на дому для установления причины гибели ребенка (плода) должно производиться вскрытие. В случае мертворождения при родах, проведенных вне медицинского учреждения или в случае смерти ребенка на 1-й неделе жизни, не наблюдавшегося медицинским работником, вскрытие производится судебно-медицинским экспертом и им же заполняется медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется в соответствии с рекомендациями ВОЗ и предусматривает запись как причины смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.

Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) производится в пяти разделах соответствующего пункта, обозначенных буквами от «а» до «д».

В строки:

а) вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти (указывается только один диагноз);

б) другие заболевания или патологическое состояние у ребенка, способствовавшие наступлению смерти;

в) основное заболевание или состояние матери, которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод) (указывается только один диагноз);

г) записываются другие заболевания матери (или состояние последа).

Строка «д» предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения, домашние роды и др.

При смерти от внешней причины, в строке «а» указывается непосредственная причина смерти ребенка (например, переохлаждение, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа). В строке «в» – обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти выписывается в одном экземпляре.

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 хирургических операциях. 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 (т. е. 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 как ведущий диагностический метод, без которого невозможна точная верификация новообразования, имеет биопсия в онкологии, следовательно, от этого зависит 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 распространены 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 (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 позволя-

ют 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, воспаление), 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 сохранять 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 после иссечения ткани. Каждый биоптат помещается в отдельную посуду, на которой прочно фиксируется ярлык. На ярлыке указываются 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, а также юридическим последствиям для врача-клинициста.

Доставка диагностических биоптатов и операционного материала в патологоанатомическое отделение должна быть осуществлена в минимально короткие сроки после взятия материала. Это обязанность сотрудников клинического отделения. Доставку, 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 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%-й раствор нейтрального формалина, 70–80%-й 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 быть в 5–10 раз 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, 6, 8, 9.

Пункт 4 «Биопсия первичная, вторичная» и пункт 5 «При повторной биопсии указать № и дату первичной» заполняются 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 указываются 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 указывалось выше, пато-

логоанатом в зависимости от выявленных изменений может диагностировать нозологическую форму болезней, патологический процесс или дать заключение описательного характера. Диагноз патологоанатома может быть определенным и предположительным. Определенный диагноз патологоанатома руководство к действию 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 материала в гистологических лабораториях

Материалы с «направлением» на патогистологическое исследование доставляются 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. Также лаборант-гистолог отмечает состояние материала (подсохший, загнивший, нефиксированный, фрагментированный и др.), если таковые имеют место.

Последовательность морфологических исследований включает:

- 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 т. д. 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. Ее 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. Также 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 завершению диагностического процесса морфологическое заключение вносится в книгу регистрации биопсийного и операционного материала и на бланке направления, 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 определяются следующим образом:

- для срочных (и интраоперационных) биопсий – 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.

Любое гистологическое исследование должно быть завершено максимально быстро, так как от этого зависит дальнейшая лечебная тактика. Однако при ускоренной обработке материала в связи с недостаточной фиксацией и обезвоживанием 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 (ст. 91 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» от 6 января 2005 года № 6»).

Патологоанатомическое исследование последа (плаценты, пуповины и оболочек)

Для обоснованного заключения о причине внутриутробной смерти и ранней смерти новорожденного производится гистоло-

гическое исследование последа. Порядок исследования последа регламентирован приказом МЗ Кыргызской Республики от 28 ноября 2014 года № 593.

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%-м растворе формалина в течение всего времени существования патологоанатомического отделения.

Все прочие гистологические препараты и парафиновые блоки, а также «влажный» архивный материал (в 10%-м 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 больным, которым были проведены диагностические или операционные биопсии, а также их родственникам (по предъявлению паспортов больных и получателей биопсий, письменных запросов больных, удостоверяющих права родственников на получение материала). Выдача производится

врачом-патологоанатомом после обязательного просмотра выдаваемых гистологических препаратов, регистрации в журнале биопсийных исследований, даты выдачи материала, числа 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 – знаний 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 № 593 от 24 октября 2014 года (прилож. 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 профилю соответствующих 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 двух 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 систематически повторяющимися (типowymi 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 определенной 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.

Подготовка и проведение клинико-анатомических конференций

Подготовка клинико-анатомических конференций (КАК) начинается с отбора историй болезней, представляющих определенный интерес для совместного клинико-морфологического обсуждения. В повестку предстоящей конференции следует включать не более двух случаев.

Предварительное изучение отобранных для конференции историй болезни и протоколов вскрытий проводится совместно с 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 тактику рассмотрения данного случая на конференции.

Подготовка патологоанатома к конференции заключается в тщательном изучении патологоанатомической документации, работе со специальной литературой, повторном ретроспективном анализе наблюдения, выявлении возможных ошибок и недостат-

ков в оценке случая и тексте протокола. При наличии таковых патологоанатому рекомендуется доложить о них на конференции. Наряду с этим патологоанатом готовит подробную морфологическую документацию, слайды макро- и микропрепаратов для демонстрации их на конференции.

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, причины расхождения диагнозов, наличие или отсутствие нераспознанного заболевания и оценку его в танатогенезе. 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 содержит оценку:

- 1) правильности и обоснованности клинического диагноза.;
- 2) своевременности установки клинического диагноза;
- 3) в случаях расхождения диагнозов – анализ причин несоответствия клинического и патологоанатомического диагнозов;

4) степень обоснованности и полноценности проведенных диагностических и лечебных мероприятий;

5) динамику течения заболевания на основании истории болезни;

6) обоснованность назначений и качество лабораторных исследований;

7) заключение о качестве оформления медицинской документации;

8) 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 с целью оценки случая заболевания, закончившегося летальным исходом.

Важно, чтобы каждая клинико-анатомическая конференция сопровождалась обзором современной литературы по анализируемой проблеме.

Обсуждение заканчивается выступлением одного из сопредседателей, который подводит итоги конференции. 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?**
- 2. Причины ошибки клинической диагностики и лечения больного, которые могут быть:**

а) объективными:

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

б) субъективными:

- 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. Ошибки диагностики и их значение в исходе болезни.

Сопредседатель конференции на основании клинических данных и результатов вскрытия определяет категорию расхождения диагнозов:

I категория – заболевание не было распознано в более ранние сроки, на догоспитальном этапе или в лечебно-профилактическом учреждении, где находился больной. В 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 лечебно-профилактическом учреждении по объективным или субъективным причинам.

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

4. Ошибки 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:

- показания для данной операции (наркоз, медицинские манипуляции);
- тактика проведения операции (наркоз, медицинское вмешательство);
- роль операции (наркоза, медицинской манипуляции) в механизме смерти.

На эти вопросы совместно отвечают сопредседатели конференции на основании 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 КАК 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.

Клиничко-анатомическая конференция – 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 его понимания, 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.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

В качестве примеров представлены патологоанатомические диагнозы и медицинские свидетельства о смерти, наиболее часто встречающихся в практике врача-патологоанатома на вскрытиях, заболеваний из группы болезней органов кровообращения и патологии беременности и родов.

1. Основное заболевание. Ревматизм, активная фаза: острый бородавчатый эндокардит митрального клапана.

Осложнение. Тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии, ишемический инфаркт в теменной и височной долях левого полушария головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти:

- а – ишемический инфаркт головного мозга;
- б – тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии;
- в – ревматизм, активная фаза, бородавчатый эндокардит митрального клапана.

2. Основное заболевание. Ревматизм, неактивная фаза. Ревматический сочетанный митрально-аортальный порок сердца: склероз, сращения, деформация и кальциноз створок сухожильных нитей митрального клапана, створок аортального клапана с преобладанием стеноза (диаметр митрального отверстия – 1 см; устья аорты – 1,5 см). Гипертрофия миокарда (масса сердца – 430 г, толщина стенки левого желудочка – 2,2 см; правого – 0,7 см) с дилатацией полостей сердца.

Осложнения. Хроническое общее венозное полнокровие; бурая индурация легких, мускатный фиброз печени, цианотическая индурация почек и селезенки. Двусторонний гидроторакс (по 1000 мл); асцит (около 3000 мл); гидроперикард (300 мл). Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти:

- а – хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;
- б – ревматический митрально-аортальный порок сердца;
- в – ревматизм, неактивная фаза.

3. Основное заболевание. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек. Гипертрофия миокарда (масса сердца 500 г, толщина стенки левого желудочка – 2,2 см, с выраженной дилатацией полостей сердца. Артериолосклеротический нефросклероз.

Осложнения. Хроническая почечная недостаточность, уремия (креатинин крови, мочевины – клинически), уремический эрозивно-язвенный гастрит, фибринозный энтероколит; фибринозный перикардит, жировая дистрофия печени, отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – уремия;

б – нефросклероз – первично сморщенная почка;

в – гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек.

4. Основное заболевание. Ишемическая болезнь сердца: острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (дата...). Атеросклероз коронарных артерий сердца.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – острая сердечно-сосудистая недостаточность;

б – острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка;

в – ишемическая болезнь сердца.

5. Основное заболевание. ИБС. Крупно-очаговый трансмуральный инфаркт передне-боковой стенки левого желудочка в стадии организации. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца.

Осложнения. Острая аневризма сердца в области передне-боковой стенки левого желудочка. Острое общее венозное полнокровие. Отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – сердечно-сосудистая недостаточность;

б – крупно-очаговый инфаркт миокарда в стадии организации;

в – ИБС.

6. Основное заболевание. ЦВЗ. Массивное субарахноидальное кровоизлияние в область теменной доли головного мозга справа.

Осложнение. Отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – отек головного мозга;

б – субарахноидальное кровоизлияние головного мозга;

в – цереброваскулярная болезнь.

7. Основное заболевание. Внутримозговое кровоизлияние в область височной доли головного мозга слева с прорывом крови в желудочки. Аневризма левой передней мозговой артерии. Разрыв аневризмы.

Осложнение. Выраженный отек головного мозга с дислокацией.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – отек головного мозга с его дислокацией;

б – прорыв крови в желудочки головного мозга;

в – внутримозговое кровоизлияние головного мозга.

8. Основной диагноз: аневризма сосудов головного мозга.

Сочетанный: беременность 30 нед. Преэклампсия тяжелой степени (белок в моче 2,35 мг/л, А/Д 180/100 мм рт. ст.).

Осложнения. Массивное кровоизлияние в мозжечок с переходом в стволовую часть мозга. Отек и размягчение вещества головного мозга с очагами сетчатого разращения. Мозговая кома (клинически). Операция «кесарево сечение» – 31.03.2010 г. Дистрофия паренхиматозных органов.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – кровоизлияние в мозжечок и в стволовую часть мозга;

б – аневризма сосудов головного мозга;

II. Преэклампсия тяжелой степени. Беременность 30 нед.

9. Основное заболевание: беременность 32 недели. Преэклампсия тяжелой степени: артериальная гипертензия (АД – 170/100 мм рт. ст.); гипербилирубинемия, тромбоцитопения (клинически). Операция «кесарево сечение» (28.02.2012 г.), послеоперационный период 10 суток.

Осложнения. Рассеянные некрозы гепатоцитов с нарушением балочного строения. Дистрофия и некроз эпителия канальцев почки. Точечные кровоизлияния в вещество головного мозга. HELLP-синдром. Респираторный дистресс-синдром – отек, кровоизлияния и гиалиновые мембраны в альвеолах. Гипертрофия миокарда – вес сердца 370,0 граммов, толщина стенки левого желудочка – 2,4 см.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – точечные кровоизлияния в мозг;

б – HELLP-синдром;

в – преэклампсия тяжелой степени.

II. Беременность 32 недели, «кесарево сечение» – (дата).

10. Основное заболевание. Эклампсия, судорожная форма. Множественные точечные и мелкоочаговые кровоизлияния во все отделы головного мозга и мозжечка. Множественные некрозы печени, кортикальный некроз почек. Жировые некрозы поджелудочной железы.

Осложнения. Отек головного мозга. Респираторный дистресс-синдром; отек и кровоизлияния в паренхиму легких.

Фон: беременность 37 недель; операции I – «кесарево сечение»; II – экстирпация матки без придатков.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – кровоизлияние в мозг;

б – эклампсия; судорожная форма;

II. Беременность 37 недель.

Операция – «кесарево сечение»; экстирпация матки.

11. Основное заболевание. Острый гнойный послеродовой эндометрит. Субмукозный миометрит.

Осложнения. Тромбоз сосудов миометрия. Тромбоз вен параметральной клетчатки и клетчатки малого таза, левой подвздошной вены. Тромбоэмболический синдром: тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии с развитием инфарктов. Тромбоэмболия основного ствола легочной артерии.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – тромбоэмболия легочной артерии;

б – тромбоз эмболия вен параметральной клетчатки и левой подвздошной вены;

е – тромбоз эмболический синдром;

д – острый гнойный послеродовой эндометрит.

II. Послеродовой период – 15-е сутки.

12. Основное заболевание. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в форме бронхогенного обсеменения. Туберкулезный плеврит с облитерацией плевральных полостей.

Осложнения. Дистрофия печени с фокусными некрозами, дистрофия кардиомиоцитов и эпителия канальцев почек. Острый венозный застой внутренних органов. Истощение.

Медицинское свидетельство о смерти:

а – дыхательная недостаточность;

в – фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

II. Истощение.

Приложение 1

Министерство здравоохранения Карельской Республики
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД

Код учреждения по

Международная форма №04/02
Утверждена Министерством Карельской Республики 26.12.83

Направление на патоморфологическое исследование

«__» __ 2__ г. час

Отделение _____ Карта стационарного больного (лабораторная карта) № _____

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол: М/Ж 3. Возраст _____ лет. 4. Болезни горла, носа, уха (подчеркнуть) 5. Для какой болезни указан № и дату операции _____

6. Дата и вид операции _____

7. Маршрут материала, число объектов _____

8. Клиническая история _____

(продолжительность заболевания, проведенное лечение, при опухоли – точки биопсии)

темы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов.

при постановке патоморфологического диагноза указать орган, при особом желании, указать место – место и

название последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала кровотечения)

9. _____ Клинический диагноз _____

Фамилия лечащего врача _____ Подпись _____

Макропатологическое описание _____

Макропатологическое описание: _____

Патоморфологическое заключение (диагноз): _____

Дата исследования «__» __ 2__ г. _____

Фамилия патоморфолога _____ (подпись)

Приложение 2

Образцы патологоанатомической документации

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Наименование учреждения

Код формы по ОКРУД
Код учреждения по

Медицинская документация. Форма №15/У
Утверждена Министерством Кыргызской Республики 26.12.03

ПРОТОКОЛ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ № _____

и _____ 2 _____ г.

Врач патологоанатом _____
Республика (край, область) _____ Город (район) _____
Больница _____ отделение _____ Карта больного № _____
1. Фамилия, _____ имя,
отчество _____
2. М/Ж. 3. Возраст _____
4. Место жительства _____
5. Дата поступления в больницу _____
6. Дата смерти _____
7. Проведено _____ кнйко/дней
8. Присутствовали на вскрытии _____
9. _____ Заключительный
диагноз: _____

10. Патологоанатомический диагноз: _____

11. Клинические данные _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост	Вес тела	Все органов								
		Мозг	Сердце	Легкие	Печень	Селезенк а	Почки прав/ле в			

Взято кусочков для патологоанатомического исследования _____

Изготовлено блоков _____

Взят материал для других методов исследования _____

ТЕКСТ ПРОТОКОЛА

12. Причины расхождения диагнозов _____

Объективные трудности	Кратковременность пребывания	Недоисследование больного	Переоценка данных обследования	Редкость заболевания	Неправильное оформление диагноза

13. Причины смерти (в медицинском свидетельстве о смерти № _____ сделана следующая запись):

Коды:

I. а) _____
 б) _____
 в) _____
 г) _____
 II. _____

14. Клинико-патологоанатомический эпикриз:

Фамилия патологоанатома _____ (подпись)

Заведующий отделением _____ (подпись)

Приложение 3

Форма медицинского свидетельства о перинатальной смерти КРИТИЧЕСКО-МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К ФОРМЕ № 106-2/у №..... (основательно, производительно, или не производительно №.....) Дата выдачи я.....к.....г.....г.		
1. Фамилия, имя, отчество матери Умер на 1-й неделе жизни () 2. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка 3. Дата родов 4. Дата смерти 5. Возраст 6. Смерть наступила: в стационаре - да/нет, в др. месте (указать) 7. Фамилия врача, выдавшего свидетельство о смерти (фамилия)		
8. Зарегистрировано в ЗАГС: дата/время смерти №..... от.....к.....г.....г. (фамилия) 9. Наименование органа ЗАГС Подпись специалиста органа ЗАГС		
ЛИНИЯ ОТРЕЗА		
<input type="text"/> Код АНУ	<input type="text"/> Код ГСВ	Медицинские документы Форма № 106-2/ Утверждена приказом Министра Кыргызской Республики № 477 от 07.09.2012 г.
МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ №..... (основательно, производительно, или не производительно №.....) Дата выдачи я.....к.....г.....г.		
1. Мертворожденный () Умер на 1-й неделе жизни ()		
Место для воя:	1. Фамилия, имя, отчество умершего: 2. Пол: муж. - 1, жен. - 2 (подчеркнуть) 3. Дата рождения (мертворожденный) год..... месяц..... число..... 4. Дата смерти: год..... месяц..... число..... 5. Место смерти (мертворожденный): республика, область город - 1, село - 2 (подчеркнуть) район 6. Смерть (мертворожденный) произошла: в стационаре - 1 (указать год) дома - 2, в др. месте - 3 (подчеркнуть) 6. Фамилия, имя, отчество матери: 7. Год, месяц, число рождения матери: 8. Национальность 9. Семейное положение: состоит в браке - 1, не состоит в браке - 2 (подчеркнуть) Для состоящих в браке: число, месяц, год заключения брака Фамилия, имя, отчество мужа: (определить заключены на основании записей в паспорте матери, со слов матери - прочтено подчеркнуть) 10. Место последнего жительства матери умершего ребенка (мертворожденного): республика, область город - 1, село - 2 (подчеркнуть) район дом 11. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, среднее общее - 3, неполное среднее - 4, среднее специальное - 5, высшее - 6, иное - 7 (подчеркнуть) 12. Место работы матери (если не работает - указать, на чем именно она находится): Звание: пол, звание, место работы (должность или наименование работы) 13. Кажи по счету роды: беременность 14. Продолжительность настоящей беременности недель 15. Пол: прививка врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лица - 4 (подчеркнуть) (174)	

Приложение 4

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

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

[] Код ЛПУ	[] Код ЛПУ	Медицинская документация Форма 106/у Утверждена приказом Минздрава Кыргызской Республики № 477 от 07.09.2012 г.
----------------	----------------	--

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного _____)

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

Место для юза	
	1. Фамилия, имя, отчество умершего
2. []	2. Пол: муж.-1 жен.-2 (подчеркнуть)
3. []	3. Дата рождения: год..... месяц..... число.....
4. []	4. Дата смерти: год..... месяц..... число.....
5. []	5. Для детей, умерших в возрасте от 6 дн. до 1 года: доношенный -1, недоношенный -2. (подчеркнуть); масса (вес) при рождении грамма, число месяцев и дней жизни
6. []	6. В случае смерти женщины, указать наличие беременности в предшествующие смерти 42 дни
7. []	7. Место постоянного жительства умершего: Республика, область, район город-1, село-2 (подч.) (вписать)
8. []	8. Место смерти: а) Республика, область дом кв. район город (село)
9. []	б) смерть последовала: в стационаре -1, дома -2, в др. месте -3 (подчеркнуть) (вписать где)
10. []	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. 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											
9. В случае смерти женщины:												
9.1. умерла беременной (взаимосвязь от продолжительности и локализации беременности)												
9.2. в процессе родов (аборта)												
9.3. в течение 42 дней после родов (аборта)												
9.4. в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов												
ЛИНИЯ ОТРЕЗА												
11. <input type="text"/>	11.Я, врач (фельдшер, акушерка) Ф.И.О. должность удостоверяю, что на основании: осмотра трупа -1, записей лечащего врача и медицинской документации -2, предшествующего наблюдения -3, вскрытия -4 (померкають), мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:											
	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Причина смерти*</td> <td>Приблизительный период между патологическим процессом и смертью</td> </tr> <tr> <td>Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти с указанием последовательности событий основной причины смерти указывается в последнюю очередь)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Причина смерти*	Приблизительный период между патологическим процессом и смертью	Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти с указанием последовательности событий основной причины смерти указывается в последнюю очередь)		a)	b)	c)	d)
Причина смерти*	Приблизительный период между патологическим процессом и смертью											
Болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти с указанием последовательности событий основной причины смерти указывается в последнюю очередь)												
a)											
b)											
c)											
d)											
Код МКБ-10 основной причины	II. Прочие важные состояния, способствующие смерти, но не связанные с болезнью, или патологическим состоянием, приведшим к ней *Сокращения при написании диагноза не допускаются											
<input type="text"/>	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 (подробнее). в) место и обстоятельство при которых произошла травма, отравление (указать подробно)											
12. <input type="text"/>												
<input type="text"/>												
13. <input type="text"/>	13. медицинское свидетельство выдано: наименование медицинского учреждения											
	Печать учреждения здравоохранения Подпись лица, выданного свидетельство о смерти											
	Заволяется в органе государственной статистики:											
14. <input type="text"/>	14. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств о смерти: г. г. 20 .. г. Подпись											

ЛИТЕРАТУРА

1. *Автандилов Г.Г.* Основы патологоанатомической практики / Г.Г. Автандилов. – М.: РМПАО, 1998. – 505 с.
2. *Автандилов Г.Г.* Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти: учебное пособие / Г.Г. Автандилов, Л.В. Райнова, Т.М. Преображенская. 2-е изд. – М.: Медицина, 1995. – 208 с.
3. *Абдуллаходжаева М.С.* Принципы организации патологоанатомической службы / М.С. Абдуллаходжаева. – Ташкент: Медицина, 1986. – 197 с.
4. *Бойко Ю.Г.* Клиническая патология / Бойко Ю.Г., Н.Ф. Силяева. – Гродно, 1986. – 94 с.
5. *Головин Д.И.* О клинико-анатомической конференции / Д.И. Головин. – Л., 1955. – 27 с.
6. *Зайратьянц О.В.* Требования международной классификации болезней 10-го пересмотра к патологоанатомической службе. Ч. 1. Общие положения: методические рекомендации Комитета здравоохранения / О.В. Зайратьянц, Г.Г. Автандилов, Н.Ф. Плавунув. – М., 1999. – 154 с.
7. *Зайратьянц О.В.* Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов: методические рекомендации / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский, Г.Г. Автандилов. – М., 2003. – 45 с.
8. *Коваленко В.Л.* Биопсийно-секционный курс: руководство для преподавателей кафедр патологической анатомии / В.Л. Коваленко, Т.Н. Дрозд, С.А. Степанов, М.Г. и др.; под ред. проф. С.А. Степанова. – М., 1991. – 198 с.
9. *Саркисов Д.С.* Правила оформления медицинской документации патологоанатомического отделения (секционный раздел работы) / Д.С. Саркисов, А.В. Смольяниников, А.М. Вихерт и др. – М., 1987. – 46 с.
10. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «О совершенствовании патологоанатомической службы в Кыргызской Республике» от 14 октября 2014 года № 593.

11. Закон «Об охране здоровья народа в Кыргызской Республике» от 6 января 2005 года № 6.

12. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об утверждении форм первичного медицинского учета случаев рождения и смерти» от 7 сентября 2012 года № 477.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Структура патологоанатомической службы.....	7
Патологоанатомическая документация	13
Практическая деятельность патологоанатома	17
Патологоанатомический диагноз	44
Регистрация смерти.....	61
Биопсия органов и тканей.....	68
Клинико-анатомическая конференция.....	81
ПРИЛОЖЕНИЯ	88
ЛИТЕРАТУРА	99

Составители:
Жума Турганбаевич Турганбаев,
Майра Исаевна Ахметова

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ
Учебное пособие

Редактор *Н.В. Шумкина*
Компьютерная верстка *А. Рахмановой*

Подписано в печать 15.03.2020
Печать офсетная. Формат $60 \times 84 \frac{1}{16}$.
Объем 6,5 п. л. Тираж 100 экз. Заказ 56

Издательство КРСУ
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Анкара, 2а