

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**М.В. Завьялова, Ю.М. Падеров, С.В. Вторушин,
И.Л. Пурлик, И.В. Степанов, К.Ю. Христенко**

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

учебное пособие

**ТОМСК
Издательство СибГМУ
2017**

УДК 616-091.8(076)
ББК Р251я7
П206

Авторы:

М.В. Завьялова, Ю.М. Падеров, С.В. Вторушин, И.Л. Пурлик, И.В. Степанов,
К.Ю. Христенко.

П206 Патологическая анатомия: учебное пособие / М.В. Завьялова,
Ю.М. Падеров, С.В. Вторушин и др. – Томск : Изд-во СибГМУ,
2017. – 79 с.

Учебное пособие подготовлено для клинических ординаторов по дисциплине «Патологическая анатомия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования.

В пособии изложены основные принципы организации патологоанатомической службы Российской Федерации; приведены требования к проведению патологоанатомического вскрытия; вошел материал, отражающий современные подходы методологии формулировки диагноза, использования Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем – десятого пересмотра, заполнения медицинских свидетельств о смерти.

УДК 616-091.8(076)
ББК Р251я7

Рецензент:

И.В. Суходоло – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой морфологии и общей патологии СибГМУ.

Утверждено и рекомендовано к печати учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 82 от 7 февраля 2017 г.).

© Издательство СибГМУ, 2017
© Завьялова М.В., Падеров Ю.М., Вторушин С.В.,
Пурлик И.Л., Степанов И.В., Христенко К.Ю., 2017

ТЕМА 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ДОКУМЕНТАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Цель: Ознакомление с принципами организации патологоанатомической службы Российской Федерации, ее ролью в системе здравоохранения, целях и задачах; с медицинской документацией патологоанатомического отделения.

Организация патологоанатомической службы в Российской Федерации

Решение основных задач, возложенных на патологоанатомическую службу направлено на:

- улучшение прижизненной диагностики заболеваний;
- обеспечение достоверных данных о причинах смерти в органах государственной статистики;
- повышение квалификации работников, оказывающих медицинскую помощь больным.

Решение этих задач осуществляется в ходе:

- определения характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале;
- выявления нозологии и этиологии заболевания, приведшего к летальному исходу, установления причины и механизма смерти больного;
- выявления онкологических заболеваний;
- выявления особо опасных инфекций ;
- анализа качества диагностической и лечебной работы;
- анализа ведения медицинской документации;
- сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов;
- анализа и обобщения полученных данных с обсуждением результатов во врачебных коллективах больниц, органах здравоохранения и т. п.

Организационное и методическое руководство патологоанатомической службой Российской Федерации (РФ) осуществляет главный внештатный патологоанатом Министерства здравоохранения РФ. В субъектах Российской Федерации эта функция осуществляется главными патологоанатомами управлений (министерств, департаментов, комитетов) здравоохранения республик (краев, областей).

Структурными подразделениями патологоанатомической службы в Российской Федерации вне зависимости от подчинённости и источников финансирования являются:

- патологоанатомические отделения лечебно-профилактических учреждений;
- отделения (отделы, лаборатории) патоморфологии медицинских диагностических центров и иных медицинских учреждений;
- республиканские, краевые, областные и городские патологоанатомические бюро;
- региональные институты патологии.

Патологоанатомическое отделение (ПАО) организуется в составе многопрофильных больниц и диспансеров и является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

По решению городских органов здравоохранения могут быть организованы централизованные ПАО – объединенные прозектуры по обслуживанию городских ЛПУ. Централизованные ПАО являются структурными подразделениями больницы, на базе которой развернута объединенная прозектура. Обеспечение необходимых условий функционирования отделения, комплектация медицинскими кадрами, материально-техническое оснащение, хозяйственное обеспечение при этом возложено на руководство базового ЛПУ. Возглавляет ПАО заведующий отделением, назначенный главным врачом больницы.

К основным видам работы ПАО относятся: исследование биопсийного и операционного материала, проведение патологоанатомических вскрытий, участие в проведении клинико-анатомических конференций, участие в работе врачебно-контрольных комиссий.

В крупных областях и национальных округах Российской Федерации созданы **патологоанатомические бюро**, которые непосредственно юридически подчиняются областным, краевым или республиканским (отделам, министерствам) здравоохранения. Патологоанатомические бюро находятся на бюджете соответствующего органа здравоохранения (областной отдел здравоохранения, министерство

здравоохранения), являются независимыми структурами с правами юридического лица, имеют гербовую печать, штамп, соответствующие структурные подразделения: планово-экономическую, административно-хозяйственную, транспортную службу и т. д. Руководство деятельностью бюро осуществляется начальником бюро, назначенным руководителем соответствующего органа здравоохранения.

Медицинская документация ПАО

Основная медицинская документация патологоанатомического отделения, согласно нормативным документам:

- **Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших (№ 015/у)** – содержит сведения о Ф.И.О. умершего, дате поступления, вскрытия и выдачи (захоронения) тела, перечень сопроводительной документации, предметов одежды, ценных вещей, документов, доставляемых с телом умершего.
- **Журнал регистрации патологоанатомических вскрытий.** Ведется медицинским регистратором. Хранится в архиве ПАО постоянно.
- **Протокол патологоанатомического вскрытия (№ 013/у).**
- **Протокол патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного (№ 013/у-1).**
- **Журнал учета биопсийного и операционного материала.** Ведется лаборантом-гистологом. Хранится в архиве ПАО постоянно.
- **Направления на прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (учетная форма 014/у).**
- **Протоколы прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала.**
- **Журнал учета инфекционных заболеваний, обнаруженных (впервые выявленных) на вскрытии.** Заполняется врачом ПАО.

В медицинской организации (ПАО, патологоанатомические бюро и т. п.), проводящей патологоанатомические вскрытия и гистологические исследования операционного и биопсийного материала, формируется архив, который включает следующие материалы:

- биологические материалы;
- гистологические препараты;

- протоколы патологоанатомических вскрытий;
- направления на прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (учетная форма 014/у);
- протоколы прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала.

Биологические материалы, полученные при проведении патологоанатомических вскрытий и исследовании операционного и биопсийного материала, хранятся в 10–15 % растворе нейтрального формалина в архиве патологоанатомического отделения (бюро) до окончания гистологического исследования и установления патологоанатомического диагноза.

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

Протоколы патологоанатомических вскрытий хранятся в архиве медицинской организации, в которой проводится вскрытие, в течение срока хранения медицинской карты стационарного больного (медицинской карты родов, медицинской карты новорожденного, истории развития ребенка, медицинской карты амбулаторного больного).

Выдача гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патологоанатомического вскрытия проводится по письменному запросу органов дознания, следствия, суда. Сведения об этом фиксируются записью в журнале, которая должна содержать:

- 1) дату выдачи гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патологоанатомического вскрытия;
- 2) сведения об умершем;
- 3) реквизиты письменного запроса органов дознания, следствия, суда;
- 4) сведения о лице, которому выданы гистологические препараты, биологические материалы в парафиновых блоках и копии протоколов патологоанатомического вскрытия, и его подпись;
- 5) сведения о работнике, который произвел выдачу гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках и копий протоколов патологоанатомического вскрытия, и его подпись;
- 6) отметку о возвращении гистологических препаратов, биологических материалов в парафиновых блоках.

Медицинские отходы, образовавшиеся в результате проведения патологоанатомических вскрытий и исследования операционного и биопсийного материала, включая гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках по истечении установленных сроков утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 9 декабря 2010 г. № 163 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 17 февраля 2011 г., регистрационный № 19871).

ТЕМА 2

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

Цель: Изучить требования и правила проведения патологоанатомических вскрытий, ознакомиться с регламентирующими документами и алгоритмом проведения патологоанатомического вскрытия.

Правовой основой проведения патологоанатомических вскрытий являются Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также иные нормативные правовые акты Российской Федерации. В частности, положения о патологоанатомическом вскрытии регламентируют статьи 14 и 67 «Проведение патологоанатомических вскрытий» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ. Данный закон регулирует вопросы проведения патологоанатомических вскрытий в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, связанной с выполнением работ и оказанию услуг по специальности «патологическая анатомия».

Согласно существующим положениям закона, **патологоанатомические вскрытия проводятся** врачами соответствующей специальности (патологическая анатомия) в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания.

Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Патологоанатомическое вскрытие – посмертное патологоанатомическое исследование, включающее в себя анализ первичной медицинской документации, выполнение собственно патологоанатомического вскрытия, макроскопического и патогистологического исследований тела, внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов с целью установления причин смерти и вызвавших её заболеваний, проведения клинико-анатомического анализа и выявления дефектов оказания медицинской помощи.

После констатации биологической смерти тело умершего доставляется в патологоанатомическое отделение согласно территориаль-

ному прикреплению, определяемому органами управления здравоохранения на местах для сохранения или последующего патологоанатомического вскрытия.

Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником медицинской организации или выездной бригады скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правилами определения момента смерти человека, в том числе критериями и процедурой установления смерти человека, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 г. № 950.

Направление на патологоанатомическое вскрытие тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, организует заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, а в случае его отсутствия – дежурный врач.

В случае наступления смерти вне медицинской организации направление на патологоанатомическое вскрытие организует врач (фельдшер) медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь, или медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание территории, где констатирована смерть.

При наступлении смерти в стационарных учреждениях социального обслуживания, образовательных организациях, в которых созданы условия для проживания обучающихся, и домах ребенка направление на патологоанатомическое вскрытие организует врач (фельдшер) указанных организаций либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание этих организаций.

Патологоанатомическое вскрытие или отказ от него проводятся по письменному распоряжению руководителя медицинской организации в соответствии с п. 3 ст. 67 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Патологоанатомическое вскрытие производится в сроки до 3-х суток после констатации биологической смерти.

Гистологический, биохимический, микробиологический и другие необходимые методы исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей при проведении патологоанатомического вскрытия являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного и сопутствующего заболеваний.

Волеизъявление умершего, высказанное при его жизни, либо письменное заявление супруга, близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего о проведении таких исследований не требуется.

В случаях наличия смерти от насильственных причин или подозрении на них, смерти от механических повреждений, отравлений, в том числе этиловым алкоголем и его суррогатами, механической асфиксии, действия крайних температур (ожоги, отморожения), электричества, после искусственного прерывания беременности, проведенного вне медицинского стационара, а также, если личность умершего не установлена, **тело подлежит не патологоанатомическому, а судебно-медицинскому исследованию.**

Насильственная смерть – одна из категорий смерти, предусмотренных социально-правовой классификацией происхождения смерти. Насильственной принято называть смерть, наступающую от внешнего воздействия, и не связанную с имеющимися у человека заболеваниями. При этом для определения категории смерти неважно, кто именно применяет внешний воздействующий фактор к человеку – кто-либо посторонний, сам умерший или происходит несчастный случай.

Отмена патологоанатомического вскрытия не допускается в случаях:

- невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- смерти:
 - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
 - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

- в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологического подтверждения опухоли;
- г) от заболевания, связанного с последствиями экологических катастроф;
- д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
- рождения мертвого ребенка.

Перечень и требования к оформлению документов, необходимых для проведения патологоанатомического вскрытия:

- **Направление на патологоанатомическое вскрытие** в патологоанатомическое отделение (бюро), в котором указывается: наименование ЛПУ, отделение, фамилия, имя, отчество и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода); дата и время наступления смерти (мртворождения), Ф.И.О. и должность медицинского работника (врача или фельдшера), оформившего сопроводительный лист.

- **Медицинская документация умершего** (мртворожденного, плода) – медицинская карта (история болезни) стационарного (амбулаторного) больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка) **содержащая:**

- законченные дневниковые записи с констатацией факта смерти, установлением времени её наступления и механизма танатогенеза,
- подлинники результатов всех проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований (рентгенограммы, ЭКГ, УЗИ, лабораторные анализы, температурные листы и т.д.),
- листы медицинских назначений,
- карты анестезиологических и реанимационных пособий,
- протоколы оперативных вмешательств,
- заключительный клинический диагноз с датой его установления и указанием кода диагноза в соответствии с МКБ-Х (здесь и далее, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотр),
- развёрнутый посмертный эпикриз.

Медицинская карта должна быть подписана заведующим клиническим отделением, лечащим врачом и иметь визу уполномоченного сотрудника медицинской организации с указанием цели направления

в патологоанатомическое отделение (организацию): «на патологоанатомическое вскрытие, без вскрытия на сохранение».

- **Если смерть наступила вне стационара**, то прилагается протокол осмотра трупа сотрудниками территориального отделения милиции об отсутствии признаков насильственной смерти.

Тело умершего, направляемое для проведения патологоанатомического вскрытия должно быть тщательно маркировано. Сведения: Ф.И.О., возраст умершего, ЛПУ, № истории болезни, название отделения, наносятся шариковой ручкой темно-синего или черного цвета на бирку из плотного картона или клеенки, которую фиксируют к правой лодыжке умершего.

Порядок проведения патологоанатомического вскрытия тела умершего:

1. Перед началом вскрытия врач-патологоанатом изучает предоставленную медицинскую документацию, при необходимости требует уточнения и разъяснения у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента.
2. Время проведения вскрытия назначается врачом-патологоанатомом после ознакомления с сопроводительными документами.
3. На патологоанатомическое вскрытие приглашаются врачи, принимавшие участие в обследовании и лечении пациента и заведующий отделением организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти.
4. Супругу, родственнику, а при их отсутствии законным представителям умершего предоставляется право пригласить для участия в патологоанатомическом вскрытии врача-специалиста (при наличии его согласия).
5. Патологоанатомическое исследование начинается с наружного осмотра тела, включающего в себя осмотр состояния кожных покровов, в том числе на наличие послеоперационных рубцов и ран, повязок, дренажей, патологических образований.
6. Следующим этапом вскрытия является исследование полостей тела, включающее осмотр состояния стенок и содержимого полостей, синтопического расположения органов, характеристику их серозных покровов.

7. Извлечение органокомплекса с сохранением взаиморасположения внутренних органов и тканей.

8. Изучение органов и тканей производится в следующей последовательности:

- 1) головной мозг и оболочки мозга;
- 2) череп и придаточные пазухи;
- 3) язык, глотка, пищевод;
- 4) трахея, бронхи, легкое;
- 5) сердце и крупные сосуды;
- 6) средостение, забрюшинная клетчатка, грудная и брюшная полости;
- 7) грудная аорта, брюшная аорта, крупные артерии (почечные, брыжеечные, подвздошные);
- 8) почки, надпочечники, мочеточники;
- 9) поджелудочная железа, печень, желчный пузырь;
- 10) желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка;
- 11) мочевой пузырь, предстательная железа (матка, яичники);
- 12) магистральные сосуды конечностей;
- 13) кости и мягкие ткани;
- 14) плацента (при наличии);
- 15) плодные оболочки и пуповина (при наличии).

9. Взятие биологического материала для гистологического (а при наличии медицинских показаний, других дополнительных исследований – гистохимического, иммуногистохимического, генетического, молекулярно-биологического) исследования, включающее в себя иссечение фрагментов органов и тканей и помещение их в фиксирующие растворы.

10. При наличии показаний проводится взятие биологического материала для микробиологического (бактериологического, вирусологического), биохимического и других необходимых исследований. **Для проведения указанных исследований биологический материал передается в соответствующее структурное подразделение медицинской организации в нативном – нефиксированном виде.** Биологический материал для микробиологического (бактериологического и вирусологического) исследования забирается с соблюдением требований стерильности.

11. **При выявлении во время патологоанатомического вскрытия признаков насильственной смерти (см. выше) или подозрений на**

неё, признаков потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача вскрытие прекращается до принятия в установленном порядке решения о проведении судебно-медицинского исследования. После этого тело умершего направляется на судебно-медицинскую экспертизу в соответствии с порядком проведения судебно-медицинских экспертиз, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 2 статьи 62 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

12. При подозрении или обнаружении в ходе вскрытия признаков смерти от особо опасных инфекционных болезней врач-патологоанатом сообщает об этом руководителю медицинской организации, который информирует территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту регистрации заболевания умершего, мертворожденного или плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. Вскрытие при подозрении на наличие у умершего признаков особо опасных инфекционных болезней осуществляется в изолированных помещениях патологоанатомических бюро (отделений), предназначенных для вскрытия таких трупов, и оборудованных в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

14. Патологоанатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего и максимальным сохранением его анатомических форм, не допускается обезображивание трупа.

15. Изъятие органов и тканей трупа для целей, не относящихся к предмету патологоанатомического исследования, регулируется Законом Российской Федерации.

16. После завершения вскрытия, до передачи на захоронение, санитары патологоанатомического отделения осуществляют приведение тела умершего в достойный вид, путем ушивания секционных разрезов и омывания тела водой.

17. Патологоанатомический диагноз и медицинское свидетельство о смерти оформляются в течение первых суток после проведения патологоанатомического вскрытия.

18. Тело умершего выдается для погребения супругу, близким родственникам либо законному представителю умершего, а при отсутствии таковых – иному лицу, взявшему на себя обязанности по погребению. Сведения о выдаче тела умершего вносятся в журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших.

19. В день проведения вскрытия врач-патологоанатом оформляет форму учетной медицинской документации № 013/у «Протокол патологоанатомического вскрытия» или форму учетной медицинской документации № 013/у-1 «Протокол патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного».

20. Дальнейшее патологоанатомическое исследование материалов вскрытия проводится с использованием необходимого комплекса гистологических, гистохимических, иммуногистохимических, бактериологических, вирусологических, электронно-микроскопических, биохимических и др. дополнительных исследований.

21. Результаты, полученные в ходе микроскопического и других методов исследования, врач-патологоанатом отражает в соответствующих разделах протокола патологоанатомического вскрытия и сопоставляет с данными клиники и макроскопического исследования.

22. Проводится сличение заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза в части установленных: основного заболевания, осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний.

23. Сведения о расхождении заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза, а также о выявленных дефектах оказания медицинской помощи вносятся врачом-патологоанатомом в протокол патологоанатомического вскрытия и направляются в медицинскую организацию, врач (фельдшер) которой выдал направление на вскрытие.

24. Окончательное оформление протокола вскрытия должно быть завершено не позднее 30 суток после его выполнения.

_____ (полное наименование медицинской организации)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Учетная форма N 013/у

_____ (адрес медицинской организации)

Утверждена приказом Минздрава России
от 6 июня 2013 г. N 354н

ПРОТОКОЛ
патологоанатомического вскрытия N _____

"__" _____ 20__ г.

1. Наименование медицинской организации и отделения, в котором наблюдался и умер пациент (ка) _____
 2. Медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента N _____
 3. Фамилия, имя, отчество умершего (ей) _____
 4. Пол: мужской 1, женский 2 _____
 5. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
 6. Дата смерти: число _____ месяц _____ год _____, время _____
 7. Место жительства (регистрации) умершего (ей): республика, край, область _____ район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
 8. Местность: городская - 1, сельская - 2
 9. Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке - 1, не состоял(а) в зарегистрированном браке - 2, неизвестно - 3
 10. Образование: профессиональное: высшее -1, неполное высшее -2, среднее - 3, начальное -4; общее: среднее (полное) -5, основное -6, начальное - 7; не имеет начального образования - 8, неизвестно - 9 _____
 11. Занятость: руководители и специалисты высшего уровня квалификации -1, прочие специалисты - 2, квалифицированные рабочие - 3, неквалифицированные рабочие - 4, занятые на военной службе - 5; пенсионеры - 6, студенты и учащиеся - 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве - 8, безработные - 9, прочие - 10 _____
 12. Дата поступления в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент (ка): число _____ месяц _____ год _____, время _____
 13. Доставлен в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент (ка) через _____ часов, _____ дней после начала заболевания
 14. Фамилия, имя, отчество лечащего врача (фельдшера) _____
 15. Лечащий врач (заведующий отделением) присутствовал на патологоанатомическом вскрытии (да - 1, нет - 2): _____
 16. Дата проведения патологоанатомического вскрытия: число __ месяц__ год _____
 17. Основные клинические данные: _____

 18. Заключительный клинический диагноз: _____ код по МКБ-Х <*> _____
Основное заболевание: _____

- Осложнения основного заболевания: _____

- Сопутствующие заболевания: _____

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

19. Наружный осмотр тела:

рост _____ см, масса тела _____ кг,
телосложение _____,
состояние питания _____,
состояние мышечной и костной систем _____,
кожный покров: головы _____,
шеи _____, груди _____,
туловища _____, конечностей _____;
трупные пятна и их расположение _____,
выраженность и распространенность трупного окоченения _____,
состояние естественных отверстий _____,
наружные половые органы _____,
операционные раны: длина разреза _____ см, характер операционной раны _____,
швы _____, выделения из раны _____,
следы инъекций и изменения в их зоне _____.

20. Брюшная полость:

расположение органов _____,
листки брюшины _____, сращения _____,
наличие свободной жидкости в брюшной полости _____,
внешний вид и размеры внутренних органов до вскрытия: диафрагма _____,
печень _____, селезенка _____,
большой сальник _____, желудок _____,
кишечник _____, мочевого пузыря _____,
червеобразный отросток _____.

21. Грудная полость:

расположение органов _____,
объем легкого _____, сращения и жидкость в плевральных полостях _____;
наружный осмотр сердца: форма _____, расположение _____;
вилочковая железа: расположение _____, величина _____.

22. Полость черепа:

мягкие покровы головы при отделении их от черепа _____,
кости черепа _____;
оболочки головного мозга: мягкая _____,
паутинная _____, твердая _____;
кровенаполнение сосудов _____;
головной мозг: объем _____, масса _____,
консистенция _____, вещество мозга _____,
желудочки _____, мозжечок _____,
продолговатый мозг _____, сосудистые сплетения _____.

23. Органы кровообращения: сердце: размеры _____, масса _____,

эпикард и перикард _____,
консистенция сердечной мышцы _____,
кровенаполнение полостей сердца _____,
стлузки крови _____,
проходимость предсердно-желудочковых отверстий _____,
толщина стенки желудочка левого _____, правого _____,
толщина межжелудочковой перегородки _____, эндокард _____,
миокард _____.

клапаны сердца _____,
венечные артерии _____,
аорта _____, легочные артерии _____,
крупные вены _____.

24. Органы дыхания: околоносовые пазухи _____,

гортань _____, слизистая оболочка трахеи и бронхов _____,
легкое: размеры _____, масса _____, форма _____,
воздушность _____,
плотность _____, плевральные листки _____,
ткань легкого на разрезе _____.

патологические образования _____,
водная проба _____,
состояние поперечных срезов: сосудов _____, бронхов _____;
прикорневые лимфатические узлы _____,
паратрахеальные лимфатические узлы _____.
25. Органы пищеварения: язык _____, небные миндалины _____,
пищевод _____,
желудок _____,
кишка: тонкая _____, толстая _____;
печень: размеры _____, масса _____, форма _____,
консистенция _____, окраска _____,
характер поверхности _____, вид на разрезе _____;
желчный пузырь _____, размеры _____,
консистенция желчи _____, стенки _____,
внепеченочные желчные протоки _____;
поджелудочная железа: размеры _____, масса _____,
консистенция _____, цвет _____,
рисунок ткани на разрезе _____

26. Органы мочеполовой системы: почки: размеры _____, масса _____,
консистенция _____, характер поверхности _____,
вид на разрезе _____, толщина коркового вещества _____,
слизистая оболочка лоханок _____;
мочеточники _____, мочевой пузырь _____,
предстательная железа _____, матка _____,
маточные трубы _____,
влагалище _____, яичники _____.

27. Органы кроветворения: селезенка: размеры _____, масса _____,
консистенция _____, вид снаружи _____,
вид на разрезе _____, характер соскоба _____;
лимфатические узлы: брыжейки _____, средостения _____,
шеи _____; костный мозг _____.

28. Эндокринные железы: щитовидная железа: размеры _____, консистенция _____,
вид: снаружи _____, на разрезе _____;
надпочечники: форма _____, цвет на разрезе _____,
рисунок ткани _____; гипофиз _____;
паращитовидные железы _____.

29. Костно-мышечная система: мышцы _____;
кости _____;
суставы _____.

30. Для гистологического исследования взяты: _____

31. Для дополнительных исследований (указать каких) взяты: _____

32. Патологоанатомический диагноз (предварительный): код по МКБ-X <*> _____
Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Сопутствующие заболевания: _____

33. Описание результатов дополнительных исследований: _____

34. Патолого-анатомический диагноз код по МКБ-Х <*> _____
Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Сопутствующие заболевания: _____

35. Сопоставление заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза: _____

36. Дефекты оказания медицинской помощи: _____

38. Клинико-патологоанатомический эпикриз: _____

39. Врач-патологоанатом: фамилия, инициалы _____ подпись _____

Заведующий патологоанатомическим отделением: фамилия, инициалы _____ подпись _____

40. Дата: " __ " _____ 20__ года.

Требования к оформлению протокола патологоанатомического вскрытия

Учетная форма № 013/у (далее – Протокол) заполняется в патологоанатомических бюро и патологоанатомических отделениях медицинских организаций в соответствии с Порядком проведения патологоанатомических вскрытий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н.

Протокол оформляется врачами-патологоанатомами во всех случаях проведения патологоанатомического вскрытия умерших в медицинских организациях и на дому. Данные Протокола служат основанием для заполнения соответствующих отчетных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения.

- Указывается полное наименование медицинской организации и ее адрес. Коды проставляются в соответствии с общероссийскими классификаторами: управленческой документации (ОКУД) предприятий и организаций (ОКПО).
- Заполнение данных в Протоколе производится путем внесения соответствующих сведений или подчеркиванием выбранного одного из предложенных в пункте подпунктов.
- Номер Протокола должен соответствовать номеру в «Журнале регистрации поступления и выдачи трупов» (ф. № 015/у).
- Указывается дата составления Протокола.
- Сведения для заполнения пунктов № 2–8 берутся из медицинской карты амбулаторного (ф. № 025/у) или стационарного (ф. № 003/у) пациента (далее – Карты) и документа, удостоверяющего личность умершего (паспорт гражданина Российской Федерации) (далее – Паспорт).
- Данные для заполнения пунктов 9–11 получают из Карт, Паспорта или со слов родственников умершего(ей).
- В пункте 9 «Семейное положение» делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии Паспорта, указывается «неизвестно».
- Пункт 10 «Образование» заполняется со слов родственников.
- Пункт 11 «Занятость» заполняется со слов родственников в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным Постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. № 298.
- Сведения для заполнения пунктов 12–14 берутся из Карт.

- В пункте 15 отмечают, присутствовал ли лечащий врач на патологоанатомическом вскрытии или нет.
- В пункте 16 указывают фактическую дату проведения патологоанатомического вскрытия.
- В пункте 17 «Основные клинические данные» в краткой форме указываются результаты основных клинических, лабораторных и инструментальных исследований, сведения об операциях и другие важнейшие сведения на основании данных, содержащихся в Картах.
- Сведения для заполнения пункта 18 «Заключительный клинический диагноз» берутся из Карт. Обязательно указание кодов диагнозов в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).
- В пунктах 19–29 результаты измерений указываются в сантиметрах, результаты взвешиваний – в граммах.
- В пункте 19 «Наружный осмотр» описываются результаты и особенности, выявленные при наружном осмотре тела умершего(ей), с обязательным описанием особенностей телосложения, состояния питания, костно-мышечной системы, кожных покровов, трупных пятен, трупного окоченения, естественных отверстий, наружных половых органов, операционных ран и следов инъекций.
- В пунктах 20 «Брюшная полость», 21 «Грудная полость» и 22 «Полость черепа» описываются результаты и особенности, выявленные при вскрытии полостей тела, с обязательным описанием расположения органов, состояния брюшины и содержимого ее полости, внешнего вида внутренних органов.
- В пунктах 23–29 указываются результаты и особенности, выявленные при проведении патологоанатомического вскрытия, в соответствии с алгоритмом.
- В пункте 30 «Для гистологического исследования взяты» указываются названия органов и тканей, из которых взят материал для гистологического исследования, и количество взятых кусочков органов и тканей.
- В пункте 31 «Для дополнительных исследований взяты» указываются названия органов и тканей, из которых взят материал для бактериологического, вирусологического, химического и других необходимых исследований, и количество взятых кусочков органов и тканей.

- Пункт 32 «Патологоанатомический диагноз (предварительный)» заполняется на основании комплексной оценки результатов и особенностей, выявленных при проведении патологоанатомического вскрытия, в сопоставлении с данными, содержащимися в Картах. Обязательно указывается код основного заболевания по МКБ-10.
- В пункте 33 «Описание результатов дополнительных исследований» указываются результаты и особенности, выявленные при гистологическом исследовании (в соответствии с объемом материала, указанном в пункте 30), и в той же последовательности, как это предусмотрено в пунктах 20–29. Также здесь указываются результаты и особенности, выявленные при других исследованиях (в соответствии с объемом материала, указанным в пункте 31).
- Пункт 34 «Патологоанатомический диагноз» заполняется на основании комплексной оценки результатов и особенностей, выявленных при проведении патологоанатомического вскрытия, гистологическом и других исследованиях секционного материала в сопоставлении с данными, содержащимися в Картах. Обязательно указывается код основного заболевания по МКБ-10.
- В пункте 35 «Сопоставление заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза» указываются категория расхождения при её наличии.
- В пункте 36 «Дефекты диагностики и лечения» указываются дефекты оказания медицинской помощи, выявленные при патологоанатомическом вскрытии.
- В пункте 37 «Причина смерти» указывается(ются) выявленная(ые) первоначальная(ые) причина(ы) смерти.
- В пункте 38 «Клинико-патологоанатомический эпикриз» вносится краткое обоснование патологоанатомического диагноза (из пункта 34) и заключения о причинах смерти пациента (из пункта 37).
- В пункте 39 указываются фамилия и инициалы врача-патологоанатома, проводившего патологоанатомическое вскрытие и оформлявшего Протокол, заведующего патологоанатомическим отделением и проставляются их подписи.
- В пункте 40 указывается дата (число, месяц, год) фактического завершения оформления протокола патологоанатомического вскрытия.

_____ (полное наименование медицинской организации)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма N 013-1/у

_____ (адрес медицинской организации)

Утверждена приказом Минздрава России
от 6 июня 2013 г. N 354н

ПРОТОКОЛ
патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного
или новорожденного N _____

"__" _____ 20__ г.

1. Наименование медицинской организации и отделения, в котором наблюдался и умер пациент (ка) _____
2. История родов, история развития новорожденного, история развития ребенка (подчеркнуть) N _____
3. Родился: плод - 1, мертворожденный - 2, новорожденный - 3
4. Фамилия, имя, отчество умершего новорожденного _____
5. Пол: мужской - 1, женский - 2, неизвестен - 3
6. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____, время _____
7. Дата смерти: число _____ месяц _____ год _____, время _____
8. Масса тела при рождении _____
9. Длина тела при рождении _____
10. Место смерти: республика, край, область _____ район _____
город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
11. Фамилия, имя, отчество матери _____
12. Место жительства (регистрации) матери: республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____
13. Местность: городская - 1, сельская - 2
14. Семейное положение: состояла в зарегистрированном браке - 1, не состояла в зарегистрированном браке - 2, неизвестно - 3
15. Образование: профессиональное: высшее - 1, неполное высшее - 2, среднее - 3, начальное - 4; общее: среднее (полное) - 5, основное - 6, начальное - 7; не имеет начального образования - 8, неизвестно - 9
16. Занятость: руководители и специалисты высшего уровня квалификации - 1, прочие специалисты - 2, квалифицированные рабочие - 3, неквалифицированные рабочие - 4, занятые на военной службе - 5; пенсионеры - 6, студенты и учащиеся - 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве - 8, безработные - 9, прочие - 10
17. Срок беременности __ недель 18. Роды: одноплодные - 1, многоплодные - 2
19. Порядковый номер родов _____
20. Дата поступления в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент (ка): число _____ месяц _____ год _____, время _____
21. Фамилия, имя, отчество врача акушера-гинеколога (врача-неонатолога, акушерки) _____
22. Врач акушер-гинеколог (врач-неонатолог, акушерка, заведующий отделением) присутствовал(а) на патологоанатомическом вскрытии (да - 1, нет - 2) _____
23. Дата проведения патологоанатомического вскрытия: число _____ месяц _____ год _____
24. Основные клинические данные: _____

25. Заключительный клинический диагноз: код по МКБ-Х <*> _____
Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Сопутствующие заболевания: _____

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ

26. Наружный осмотр тела:
рост _____ см, масса тела _____ кг,
телосложение _____,
состояние питания _____,
состояние мышечной и костной систем _____,
кожный покров: головы _____,
шеи _____, груди _____,
туловища _____, конечностей _____;
трупные пятна и их расположение _____,
выраженность и распространенность трупного окоченения _____,
состояние естественных отверстий _____,
наружные половые органы _____.
операционные раны: длина разреза _____ см, характер операционной раны _____,
швы _____, выделения из раны _____,
следы инъекций и изменения в их зоне _____.

27. Брюшная полость:
расположение органов _____,
листки брюшины _____, сращения _____,
наличие свободной жидкости в брюшной полости _____;
внешний вид и размеры внутренних органов до вскрытия: диафрагма _____,
печень _____, селезенка _____,
большой сальник _____, желудок _____,
кишечник _____, мочевого пузыря _____,
червеобразный отросток _____.

28. Грудная полость:
расположение органов _____,
объем легкого _____, сращения и жидкость в плевральных полостях _____;
наружный осмотр сердца: форма _____, расположение _____;
вилочковая железа: расположение _____, величина _____.

29. Полость черепа:
мяткие покровы головы при отделении их от черепа _____,
кости черепа _____;
оболочки головного мозга: мягкая _____,
паутинная _____, твердая _____;
кровенаполнение сосудов _____;
головной мозг: объем _____, масса _____,
консистенция _____, вещество мозга _____,
желудочки _____, мозжечок _____.

продолговатый мозг _____, сосудистые сплетения _____.

30. Органы кровообращения: сердце: размеры _____, масса _____, эпикард и перикард _____, консистенция сердечной мышцы _____, кровенаполнение полостей сердца _____, сгустки крови _____, проходимость предсердно-желудочковых отверстий _____, толщина стенки желудочка левого _____, правого _____, толщина межжелудочковой перегородки _____, эндокард _____, миокард _____.

клапаны сердца _____, венечные артерии _____, аорта _____, легочные артерии _____, крупные вены _____.

31. Органы дыхания: околоносовые пазухи _____, гортань _____, слизистая оболочка трахеи и бронхов _____, легкие: размеры _____, масса _____, форма _____, воздушность _____, плотность _____, плевральные листки _____, ткань легкого на разрезе _____, патологические образования _____, водная проба _____, состояние поперечных срезов: сосудов _____, бронхов _____; прикорневые лимфатические узлы _____, паратрахеальные лимфатические узлы _____.

32. Органы пищеварения: язык _____, небные миндалины _____, пищевод _____, желудок _____, кишка: тонкая _____, толстая _____; печень: размеры _____, масса _____, форма _____, консистенция _____, окраска _____, характер поверхности _____, вид на разрезе _____; желчный пузырь _____, размеры _____, консистенция желчи _____, стенки _____; внепеченочные желчные протоки _____; поджелудочная железа: размеры _____, масса _____, консистенция _____, цвет _____, рисунок ткани на разрезе _____.

33. Органы мочеполовой системы: почки: размеры _____, масса _____, консистенция _____, характер поверхности _____, вид на разрезе _____, толщина коркового вещества _____, слизистая оболочка лоханок _____; мочеточники _____, мочевой пузырь _____, предстательная железа _____, матка _____, маточные трубы _____, влагалище _____, яичники _____.

34. Органы кроветворения: селезенка: размеры _____, масса _____, консистенция _____, вид снаружи _____, вид на разрезе _____, характер соскоба _____; лимфатические узлы: брыжейки _____, средостения _____, шеи _____; костный мозг _____.

35. Эндокринные железы: щитовидная железа: размеры _____, масса _____, вид: снаружи _____, на разрезе _____; надпочечники: форма _____, цвет на разрезе _____.

рисунок ткани _____; гипофиз _____;
паращитовидные железы _____.

36. Костно-мышечная система: мышцы _____;
кости _____;
суставы _____.

37. Плацента (при наличии): размеры _____, масса _____,

_____.

38. Плодные оболочки и пуповина: _____

_____.

39. Для гистологического исследования взяты: _____

_____.

40. Для дополнительных исследований (указать каких) взяты: _____

_____.

41. Патологоанатомический диагноз (предварительный): код по МКБ-Х <*> ____
Основное заболевание: _____

_____.

Осложнения основного заболевания: _____

_____.

Сопутствующие заболевания: _____

_____.

42. Описание результатов дополнительных исследований: _____

_____.

43. Патологоанатомический диагноз код по МКБ-Х <*> _____

Основное заболевание: _____

Осложнения основного заболевания: _____

Сопутствующие заболевания: _____

44. Сопоставление заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза: _____

45. Дефекты оказания медицинской помощи: _____

46. Причина смерти:

47. Клинико-патологоанатомический эпикриз: _____

48. Врач-патологоанатом: фамилия, инициалы _____ подпись _____

Заведующий патологоанатомическим
отделением: фамилия, инициалы _____ подпись _____

49. Дата: " __ " _____ 20__ года.

Патологоанатомические вскрытия подразделяются в зависимости от категории сложности:

1) **первой категории сложности** – вскрытие (макроскопическое исследование) без проведения гистологического исследования;

2) **второй категории сложности** – вскрытие плода, мертворожденного или умершего новорожденного, а также патологоанатомическое вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, при отсутствии неопределенности в трактовке механизмов и причины смерти (например, при ишемической болезни сердца, ревматических поражениях клапанов сердца вне обострения, инфаркте головного мозга, новообразованиях, подтвержденных гистологически, циррозе печени, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, аппендиците, холецистите, желчнокаменной болезни, аневризме аорты);

3) **третьей категории сложности** – вскрытие при установленном клиническом диагнозе, включая осложнения основного заболевания, а также в случаях смерти после оперативных вмешательств, когда возникают трудности в трактовке сущности патологического процесса, механизмов и причины смерти, что требует применения дополнительных гистологических и гистохимических окрасок, бактериоскопического, бактериологического, биохимического и других исследований (например, при кардиомиопатиях, перикардитах, миокардитах, эндокардитах, цереброваскулярных заболеваниях, сосудистой недостаточности кишечника, кишечной непроходимости, вирусных гепатитах, пиелонефритах, мочекаменной болезни, обструктивных болезнях легкого, сосудистой недостаточности конечностей, психических и нервных болезнях, алкоголизме, панкреатитах, амилоидозе);

4) **четвертой категории сложности** – вскрытие при комбинированном основном заболевании или полипатии, при наличии дефектов диагностики и лечения, что вызвало трудности в трактовке характера патологического процесса, механизмов и причины смерти (в том числе при интраоперационной или ранней послеоперационной смерти, инфекционных заболеваниях (кроме ВИЧ-инфекции, особо опасных инфекций), заболеваниях беременных, рожениц и родильниц, при гнойно-воспалительных осложнениях, не диагностированных при жизни, сепсисе, болезнях крови и кроветворных органов, ревматических болезнях, заболеваниях спинного мозга, болезнях кожи и костно-мышечной системы, профессиональных заболеваниях, в том числе пневмокониозах, интерстициальных болезнях легких, болезнях эндо-

кринной системы, болезнях накопления);

5) **пятой категории сложности** – вскрытие при неустановленном клиническом диагнозе основного заболевания, когда имеются трудности в трактовке характера патологического процесса и причины смерти или необходимо применение дополнительных иммуногистохимических, молекулярно-биологических, электронно-микроскопических методов исследования (в том числе при новообразованиях неустановленного гистогенеза, особо опасных инфекционных болезнях, ВИЧ-инфекции).

ТЕМА 3

ПОНЯТИЕ О ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ

Цель: Освоение принципов формулировки и оформления патологоанатомического диагноза.

Патологоанатомический диагноз представляет собой медицинское заключение о сущности заболевания, отражающее его нозологию, этиологию, патогенез, морфофункциональные проявления, выраженное в терминах, предусмотренных в Международной классификации болезней и причин смерти (МКБ).

Требования к оформлению заключительного клинического и патологоанатомического диагноза включают в себя:

- **строгое соблюдение нозологического принципа.** Каждый диагноз должен начинаться с обозначения конкретной нозологической единицы – конкретного заболевания, подмена которой наименованием клинического синдрома, патологического процесса, непосредственной причины смерти недопустима. Также не допускается замена нозологической единицы термином, обозначающим родовое понятие или класс заболевания (например: ИБС, ЦВБ) без дополнительной детальной расшифровки;
- **уточнение этиологии,** т. е. причины возникновения данного заболевания;
- **отражение патогенеза** заболевания, т. е. последовательности развития патологических процессов;
- **развернутую интранозологическую характеристику** заболевания. Полноценность диагноза предусматривает наличие максимально полной информации о точной анатомической локализации, клинико-морфологической форме, стадии, степени, типе течения, активности заболевания, отражающей индивидуальные особенности течения болезни конкретного пациента, ее морфологические проявления;

- **унифицированную рубрификацию.** Заключительный диагноз включает в себя три рубрики: основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания.

Основное заболевание – это нозологическая единица, которая сама по себе или своими осложнениями в данный момент времени для данного больного являла угрозу жизни, здоровья или трудоспособности, в связи с чем требовала проведения комплекса необходимых медицинских мероприятий, а в случае смертельного исхода, послужила причиной его развития.

Если за время пребывания в лечебном учреждении у больного развилось новое, острое, более тяжёлое заболевание, патогенетически не связанное с предсуществовавшим и явившееся причиной смерти, то именно оно учитывается как основное.

При решении вопроса об основном заболевании в заключительном диагнозе профиль лечебного учреждения и первоначальная причина госпитализации не учитываются.

При наличии у больного многих болезней, имеющих разную степень выраженности и находящихся в различных сочетаниях между собой, рекомендуется на первом месте указывать то из заболеваний, которое с наибольшей степенью вероятности явилось основным. При этом отдается предпочтение:

- нозологической форме, **наиболее вероятно послужившей первоначальной причиной смерти;**
- **наиболее тяжелой по характеру течения и последствиям** нозологической форме и ее осложнениям;
- учитывается **наиболее вероятное по частоте летальных исходов** заболевание.

При невозможности выделения какой-либо одной нозологической формы из двух или более ведущих заболеваний, диагноз оформляется в форме **комбинированного основного заболевания**. Вариантами комбинированного основного заболевания являются:

- **конкурирующие заболевания** – две, реже более, нозологические формы, которые сами по себе в отдельности могли привести к смерти больного. Их одновременное развитие, резко утяжеляя состояние больного и течение болезней, ускоряет наступление летального исхода;

- **сочетанные заболевания** – две, реже более, нозологические формы, взятые в отдельности, не являются в данный момент смертельными, но развиваясь одновременно, в совокупности, привели к смертельному исходу через развитие общих осложнений;
- **фоновое заболевание** – под фоновым заболеванием понимается нозологическая единица, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении заболевания, поставленного во главу диагноза, и способствовала развитию смертельных осложнений.

При оформлении **посмертного диагноза** применительно к конкретным нозологическим формам следует соблюдать ряд дополнительных требований.

Условия, при которых гипертоническая болезнь фигурирует в посмертном диагнозе как основное заболевание:

- 1) если больные, страдающие эссенциальной артериальной гипертензией, умирают от прогрессирующей недостаточности кровообращения, вызванной декомпенсацией гипертрофированного миокарда левого желудочка сердца, при условии отсутствия документально подтвержденных признаков стенокардии, инфаркта миокарда, кардиомиопатий, миокардита, пороков сердца и др.;
- 2) в случаях смерти от нарастающей почечной недостаточности, вызванной артериолосклеротическим нефросклерозом.

Условия, при которых сахарный диабет фигурирует в посмертном диагнозе как основное заболевание:

В случаях смерти от:

- 1) диабетической комы;
- 2) диабетической гангрены конечностей;
- 3) нарастающей почечной недостаточности, вызванной диабетическим нефросклерозом.

Условия, при которых атеросклероз фигурирует в посмертном диагнозе как основное заболевание:

В случаях смерти от:

- 1) кровотечения при разрыве атеросклеротической аневризмы аорты;
- 2) атеросклеротической гангрены нижних конечностей.

Категорически запрещается использование терминов: общий, распространённый, генерализованный атеросклероз. Заболевание должно быть разделено на клинико-морфологические формы в зависимости от анатомической локализации: атеросклероз аорты, атеросклероз коронарных артерий, атеросклероз артерий нижних конечностей и т. д.

При использовании для формулировки диагноза эквивалентов нозологических форм, входящих в родовые понятия ИБС и ЦВБ, атеросклероз рассматривается как их проявление и записывается после развернутой интранозологической характеристики.

Сепсис является основным заболеванием только в случаях, если входные ворота не установлены, то есть он является криптогенным.

Инфаркт миокарда и острую коронарную недостаточность, как проявление ИБС длительное время автоматически относили к основным заболеваниям. Это привело к существенной гипердиагностике данной патологии. В связи с чем было принято решение всегда рассматривать в качестве основного заболевания только **спонтанный инфаркт миокарда (тип 1)**, обусловленный разрывом, изъязвлением или расслоением нестабильной атеросклеротической бляшки с развитием интракоронарного тромбоза в одной или более коронарных артериях, приводящего к уменьшению перфузии миокарда с последующим некрозом кардиомиоцитов. При этом следует учитывать, что в связи со спонтанным или индуцированным тромболизисом на вскрытии интракоронарный тромб может быть не обнаружен. Кроме того, инфаркт миокарда типа 1 может развиваться при атерокальцинозе коронарных артерий сердца, вследствие плазморрагии и растрескивания петрификатов, приводящих к быстрому увеличению степени стеноза артерии и/или тромбозу.

Вторичный по отношению к ишемическому дисбалансу **инфаркт миокарда (тип 2)** развивается в случае, когда другое состояние (эндотелиальная дисфункция, коронарораспазм, эмболия, тахи/брадиаритмии, анемия, дыхательная недостаточность, гипотензия или гипертензия с или без гипертрофии миокарда), помимо ИБС, приводит к дисбалансу между потребностью в кислороде и/или его доставкой. **При этом на аутопсии не выявлено наличие осложненных нестабильных атеросклеротических бляшек, в том числе атеросклеротических бляшек с тромбозом. Инфаркт миокарда**

тип 2 в большинстве случаев не является нозологической формой в составе ИБС, и в диагнозе его следует указывать в рубрике «Осложнения основного заболевания».

Формулировка диагноза в случаях развития ятрогений

Ятрогении – витально опасные или летально завершившиеся патологические процессы, развившиеся в результате диагностических или лечебных мероприятий. Ятрогении **рекомендуется рассматривать как самостоятельные заболевания (эквивалент нозологических форм)** и располагать их в диагнозе в соответствии с ролью в пато- и танатогенезе.

Ятрогения должна фигурировать в качестве основного заболевания, если:

- лечение проводилось **по ошибочному диагнозу**, фактически не по показаниям;
- осуществлялось методически или технически неверно.

В остальных случаях ятрогенные состояния выносятся в рубрику осложнения.

Осложнения – патологические процессы, развитие которых патогенетически связано с основным заболеванием или проводимым лечением.

Выделяют:

- 1. Осложнения болезни.**
- 2. Осложнения лечения**, которые в свою очередь подразделяются на:
 - а) осложнения лекарственной терапии;**
 - б) осложнения оперативного лечения.** В зависимости от периода возникновения осложнения оперативного лечения могут быть **интраоперационными** и **послеоперационными**. Последние, в свою очередь, подразделяются на **ранние** и **поздние**.
- 3. Осложнения диагностических манипуляций.**
- 4. Осложнения реанимационных мероприятий.**

В отличие от ятрогенной патологии в рубрику «Осложнения лечения» выносятся патологические процессы, развившиеся вследствие проведения медицинских манипуляций и(или) лечебных мероприятий, **предпринятых на основании верно определенных показаний**

и осуществленных технически и методически правильно. Неблагоприятное влияние их было связано с обстоятельствами, предусмотреть которые заранее было нельзя. К таким обстоятельства относятся индивидуальная непереносимость, анатомические особенности и(или) тяжесть состояния больного.

Не следует путать осложнения и проявления болезни. В частности, к проявлениям злокачественных новообразований относятся метастазы, которые выносятся в рубрику «Основное заболевание» в качестве одной из его интранозологических характеристик. Осложнениями же злокачественных опухолей могут являться распад ткани с кровотечением, перфорации и т. п.

Сопутствующие заболевания – это нозологические формы и синдромы, этиологически и патогенетически **не связанные с основным заболеванием и не играющие существенной роли в танатогенезе.**

Фактически сопутствующие заболевания выполняют роль неблагоприятного фона для течения основной патологии, при этом не стоит путать их с фоновым заболеванием.

ТЕМА 4

СЛИЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ. ФОРМЫ КОМИССИОННОГО КЛИНИКО- АНАТОМИЧЕСКОГО РАЗБОРА СЛУЧАЕВ

Цель: Изучить основные принципы сопоставления (сличения) клинического и патологоанатомического диагнозов; знать формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев и принципы деятельности комиссий по изучению летальных исходов, лечебно-контрольных комиссий, клинико-анатомических конференций.

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов

Клинико-патологоанатомический разбор секционного случая, проводимый врачом-патологоанатомом, завершается сопоставлением (сличением) клинического и патологоанатомического диагнозов. В ходе сопоставления врачом-патологоанатомом проводится оценка правильности, полноты и своевременности клинической диагностики, своевременности и полноценности лечения, выявляются слабые звенья организации медицинской помощи в ЛПУ, необходимые для контроля за лечебно-диагностическим процессом.

Правила сличения клинического и патологоанатомического диагноза:

- Сличению подлежит только заключительный клинический диагноз, **вынесенный на титульный лист** истории болезни или указанный как заключительный в медицинской карте стационарного больного после посмертного эпикриза.
- Нерубрифицированные диагнозы и диагнозы со знаком вопроса автоматически расцениваются как расхождение по категории II, субъективные причины – неправильное построение или оформление диагноза.
- Понятие «совпадение» или «расхождение» диагнозов применимы только для рубрики «основное заболевание» (первоначальная причина смерти).

- Сличение диагнозов по другим рубрикам, при несовпадении не фиксируется как расхождение, а отражается в клинико-анатомическом эпикризе.
- В случаях комбинированного диагноза сличению подлежат все нозологические формы, составляющие рубрики «основное заболевание». При этом расхождением считается не только недиагностирование, но и гипердиагностика любого из комбинированных, сочетанных или фоновых заболеваний.
- Расхождением диагнозов следует считать несовпадение любой болезни из рубрики основное заболевание, а при комбинированных диагнозах любого из конкурирующих, сочетанных или фоновых заболеваний по:
 - нозологии,
 - локализации,
 - этиологии,
 - характеру процесса (например, в клиническом диагнозе выставлен ишемический инфаркт мозга вместо кровоизлияния в мозг),
 - а также, случаи несвоевременной диагностики. Факт поздней диагностики устанавливается коллегиально в ходе разбора случая на клинико-экспертной комиссии.
- При расхождении диагнозов определяется категория расхождения (категория диагностической ошибки) и одна из объективных или субъективных причин расхождения.

Категории расхождения диагнозов

Категория диагностической ошибки указывает на объективную возможность правильной прижизненной диагностики на данном этапе госпитализации и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

I категория – в данном медицинском учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей, и диагностическая ошибка, нередко допущенная на предыдущих этапах обращения за медицинской помощью, уже не повлияла в данном медицинском учреждении на исход заболевания. Причины расхождения в данной ситуации **всегда объективные**.

II категория – в данном медицинском учреждении правильный диагноз был возможен, однако диагностическая ошибка, возникшая

по субъективным причинам, существенно не повлияла на исход заболевания.

III категория – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, приведя к недостаточному или неверному лечению, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания. Причины расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов в данной ситуации **всегда являются субъективными.**

Причины расхождения диагнозов

Причины расхождения диагнозов подразделяют на две группы – объективные и субъективные:

Объективные причины:

1. **Кратковременность пребывания** больного в медицинском учреждении; Для большинства нозологических форм нормативный срок диагностики не должен превышать 3 суток. Однако для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, ургентной хирургии срок диагностики индивидуален, но не должен превышать 1-2 часа.
2. **Трудность диагностики** заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но атипичность, стертость проявлений и редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз.
3. **Тяжесть состояния** больного, когда диагностические процедуры были полностью или частично были невозможны, т.к. их проведение могло ухудшить состояние больного, т.е. имелись объективные противопоказания.

Субъективные причины:

1. Недостаточное обследование больного.
2. Недоучёт анамнестических данных.
3. Недоучёт клинических данных.
4. Неправильная трактовка (недоучет или переоценка) лабораторных, рентгенологических и других методов исследования.
5. Недоучёт или переоценка заключения консультанта.

6. Неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.
7. Прочие причины.

Сведения о результатах сопоставления заключительного клинического и окончательного патологоанатомического диагнозов должны отражаться в соответствующем разделе (пункт 35 – протокола патологоанатомического вскрытия – учетная форма № 013/у или пункт 44 протокола патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного – учетная форма № 013/у-1) и быть обоснованы в клинико-патологоанатомическом эпикризе.

Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев

Комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) создаются при всех ЛПУ для анализа качества лечебно-диагностического процесса на основе материалов, полученных при изучении летальных исходов. Изучению на КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов, произошедшие в стационаре.

Председатель КИЛИ назначается главным врачом из числа наиболее опытных специалистов. Постоянными членами КИЛИ являются все заведующие отделениями данного ЛПУ. Непостоянные участники КИЛИ – рецензенты, лечащие врачи, консультанты, работники параклинических служб.

При несовпадении заключения рецензента и патологоанатома, а также при наличии убедительных аргументированных возражений членов комиссии, возможны следующие решения:

- 1) случай передается на рассмотрение лечебно-контрольной комиссии;
- 2) случай возвращается в ПАО для повторного анализа и повторно рассматривается на очередном заседании КИЛИ.

Краткое заключение по каждому случаю, рассмотренному на заседании КИЛИ, вклеивается в историю болезни, результаты работы комиссии представляются администрации больницы, а о мерах, принятых администрацией по рекомендациям КИЛИ, ее председатель информирует членов комиссии на очередном заседании.

Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК) являются коллективными органами профессионального контроля над качеством лечебно-диагностического процесса. ЛКК возглавляется руководителем медицинского учреждения. Председатель ЛКК назначает постоянного секретаря комиссии и постоянных членов – наиболее авторитетных специалистов данного лечебного учреждения.

На ЛКК обсуждаются:

- 1) все случаи ошибок клинической диагностики 3 категории;
- 2) все летальные осложнения ятрогений;
- 3) наблюдения, оставшиеся спорными после их обсуждения на КИЛИ;
- 4) систематически повторяющиеся ошибки лечебно-диагностического процесса, требующие принятия административных мер.

Порядок работы ЛКК: председателем ЛКК определяется день и час, повестка дня, назначаются рецензенты по случаям, подлежащим разбору. Секретарь извещает постоянных и приглашенных членов комиссии. Рецензент оформляет свое заключение в письменном виде. В случае анализа летальных исходов и несогласия патологоанатома с заключением рецензента и членов комиссии случай переносится для обсуждения на клинко-анатомической конференции, что фиксируется в журнале ЛКК, а решение комиссии доводится до сведения врачебного коллектива лечебного учреждения.

Клинко-анатомические конференции являются принципиально иной формой коллегиального профессионального разбора случаев. Основными задачами проведения клинко-анатомических конференций являются повышение квалификации врачей ЛПУ, улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путем совместного обсуждения и детального анализа клинических и патологоанатомических данных. Работа конференций способствует выявлению причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, выявлению и устранению недостатков в работе вспомогательных служб.

На клинко-анатомических конференциях обсуждаются:

- 1) наблюдения, представляющие научно-практический интерес для широкого круга специалистов;
- 2) редкие и необычно протекающие заболевания;
- 3) случаи смерти больных после диагностических хирургических или терапевтических вмешательств;

- 4) типовые ошибки и осложнения диагностических и лечебных мероприятий;
- 5) случаи запоздалой диагностики;
- 6) неясные и трудные для диагностики случаи;
- 7) случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза заболеваний.

Подготовка очередной конференции осуществляется заместителем главного врача по лечебной работе и заведующим ПАО. Повестка конференции доводится до сведения врачей не позднее 7 дней до даты ее проведения. При подготовке конференции главный врач ЛПУ обязан организовать предоставление материалов и медицинских документов, необходимых для проведения клинико-анатомической конференции. Одна из конференций в первом квартале года должна быть посвящена анализу деятельности ПАО. На конференции обязаны присутствовать все врачи как данного, так и других ЛПУ, принимавшие участие в обследовании и лечении больного.

Руководство проведением конференции осуществляется сопредседателями, один из которых назначается из числа наиболее авторитетных клиницистов, второй является руководителем ПАО. Ход конференции протоколируется секретарем.

Клиническая часть разбираемого случая докладывается лечащим врачом, патологоанатомический раздел – патологоанатомом, проводившим исследование умершего. Рецензенты на основании анализа медицинской документации представляют свои соображения о характере течения заболевания, своевременности и правильности диагностики и лечения, оценивают качество ведения медицинской документации. Завершается конференция выступлением сопредседателей с подведением итогов данного заседания.

Администрация ЛПУ на основании материалов, выводов и предложений клинико-анатомической конференции разрабатывает и осуществляет мероприятия по устранению выявленных недостатков в организации медицинской помощи больным.

ТЕМА 5

РЕГИСТРАЦИЯ ФАКТА СМЕРТИ И ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Цель: Ознакомление с правилами регистрации факта смерти на территории Российской Федерации, требованиями к оформлению и выдачи медицинского свидетельства о смерти и медицинского свидетельства о перинатальной смерти.

Правила регистрации факта смерти

Любой факт смерти человека на территории Российской Федерации подлежит государственной регистрации в органах записей актов гражданского состояния (ЗАГС).

Регистрация смерти органом ЗАГС может производиться:

- по последнему месту регистрации умершего(ей);
- или месту наступления смерти;
- или месту обнаружения тела умершего(ей);
- или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти;
- если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства;
- если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

Регистрация факта смерти человека в органах ЗАГС осуществляется при предоставлении в трехдневный срок **медицинского свидетельства о смерти** – учетная форма № 106/у-08. Медицинское свидетельство о смерти (далее медицинское свидетельство) выдается для обеспечения государственной регистрации смерти и государственного статистического учета.

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

Медицинское свидетельство заполняется врачами, а в медицинских подразделениях (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

Порядок выдачи медицинского свидетельства о смерти

Медицинское свидетельство может быть выдано членам семьи, близким родственникам или законным представителям умершего, а также представителям правоохранительных органов по их требованию, с указанием паспортных данных и подписи получателя на корешке медицинского свидетельства.

Выдача медицинского свидетельства заочно, без личного установления врачом (фельдшером, акушеркой) факта смерти категорически запрещается.

В случае смерти в медицинской организации выдача тела умершего без медицинского свидетельства запрещается.

Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть только на основании осмотра трупа, если умерший(ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

Медицинские организации (частнопрактикующие врачи) ведут учет бланков медицинских свидетельств, на каждый вид свидетельства отдельно. Бланки медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепленные подписью и печатью, хранятся у руководителя медицинской организации (частнопрактикующего врача), вместе с корешками ранее выданных медицинских свидетельств. Руководитель медицинской организации обеспечивает контроль за достоверностью выдаваемых медицинских свидетельств, своевременностью их заполнения и представления в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти, если захоронение производит медицинская организация.

Проставление серии и номера бланка медицинского свидетельства осуществляется изготовителем бланков. В качестве начальных цифр серии бланков медицинских свидетельств должен использо-

ваться первый уровень классификации ОКАТО, который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр – для автономных округов. Нумерация бланков медицинских свидетельств – сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации. Не допускается дублирование серии и номера на бланках свидетельств. На бланке медицинского свидетельства должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

Неправильно заполненные бланки медицинских свидетельств перечеркиваются, делается запись: «испорчено». Испорченные бланки остаются в книжке бланков, где и хранятся до утилизации в установленном порядке.

В случае утери медицинского свидетельства лицом, его получившим, на основании его письменного заявления в соответствии с находящейся на хранении первичной медицинской документацией составляется новое медицинское свидетельство с пометкой «дубликат» в правом верхнем углу.

Кодирование причин смерти

Медицинские организации и частнопрактикующие врачи при заполнении медицинского свидетельства в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее – МКБ-10), в случае смерти от заболеваний должны проставлять один код первоначальной причины смерти, в случае смерти от травм или отравлений – два кода: один – по характеру травмы (отравления), второй – внешней причины. Для анализа по множественным причинам проставляют коды всех остальных причин смерти.

Порядок заполнения медицинского свидетельства о смерти

Медицинское свидетельство **заполняется:**

- шариковой ручкой синего или черного цвета,
- разборчивым подчерком,
- без сокращений, помарок и ошибок.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью **«исправленному верить»**, подписью лица, заполняющего медицинское свидетельство и печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача. При этом не допускается внесение в медицинское свидетельство более двух исправлений.

Допускается заполнение изготовленного типографским способом бланка медицинского свидетельства с использованием компьютерных технологий. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных вместо неизвестных сведений, касающихся даты, допускается использование буквенных обозначений «ХХ» (например, «ХХ.ХХ.1985»).

Заполнение медицинского свидетельства производят подчеркиванием соответствующих обозначений и вписыванием необходимых сведений. Заполнению подлежат все пункты медицинского свидетельства. В случае если ввиду отсутствия соответствующих сведений заполнение конкретного пункта невозможно, делается запись **«неизвестно»** или **«не установлено»** или ставится прочерк.

В соответствующих строках медицинского свидетельства указывается:

- полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО; фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность частнопрактикующего врача;
- дата выдачи (число, месяц, год) медицинского свидетельства;
- подчеркивается его вид: **«окончательное»**, **«предварительное»**, **«взамен предварительного»** или **«взамен окончательного»**. Медицинское свидетельство с отметкой **«предварительное»** выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо провести дополнительные исследования. Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств не может являться основанием для задержки выдачи предварительного медицинского свидетельства. После получения результатов дополнительных исследований или других необходимых сведений не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти врач-патологоанатом оформляет новое медицинское свидетельство. В случае если было выдано медицинское свидетельство с пометкой **«окончательное»**, но в дальнейшем выявилась ошибка установления причины смерти, заполняют новое медицинское свидетельство с пометкой **«взамен окончательного»**. При выдаче медицинского свиде-

тельства «взамен предварительного» или «взамен окончательного» указывается номер и дата выдачи предыдущего свидетельства.

При заполнении Медицинского свидетельства в пунктах 1-3, 5, 6 и 12 делается запись в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего(ей). **На территории Российской Федерации такими документами являются:**

- паспорт,
- свидетельство о рождении для несовершеннолетних,
- воинский билет для военнослужащих.

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина без гражданства в Российской Федерации, являются:

- документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
- разрешение на временное проживание;
- вид на жительство;
- иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

Если у умершего(ей) отсутствуют документы, удостоверяющие личность для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 1-3, 5, 6, 12 медицинского свидетельства и пункты 1-3, 5 корешка медицинского свидетельства со слов родственников, о чем в правом верхнем углу должна быть сделана отметка «со слов родственников», заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации или подписью и печатью частнопрактикующего врача.

- в пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность умершего (смотри выше); у лиц, не достигших возраста 14 лет на основании свидетельства о рождении. Если соответствующие сведения отсутствуют, делается запись «неизвестно»;

- в пункте 2 указывается пол: мужской или женский;
- в пункте 3 – дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (опреде-

лен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставится прочерк.

- в пункт 4 на основании сведений первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего(ей) – число, месяц, год (например, 05.12.2007) и время, а если неизвестно, ставится прочерк;

- в пункт 5 «место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно»;

- в пункте 6 указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

- в пункте 7 указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей);

- в пункте 8 указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности;

- в пункте 9 отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте;

- пункт 10 заполняется в случае смерти детей, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок – доношенным (при сроке беременности 37-41 неделя), недоношенным (при сроке менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более);

- в пункте 11 записываются сведения об умерших, детях в возрасте от 168 часов до 1 года: масса тела при рождении в граммах (например, 1050); каким по счету был ребенок у матери (считая умерших, и не считая мертворожденных); дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет).

Сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из первичной медицинской учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение умершего ребенка;

- в пункте 12 «Семейное положение» делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно»;

- пункт 13 «Образование» заполняется со слов родственников: **в позиции «профессиональное»:** «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение — институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» — закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» — окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; «начальное» — окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.); **в позиции «общее»:** «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» — окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» — окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4-9 классов образовательного учреждения;

- пункт 14 «Занятость» заполняется со слов родственников: **в позиции «был(а) занят(а) в экономике»:** к «руководителям и специалистам высшего уровня квалификации» относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.); к «прочим специалистам» относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.); к «квалифицированным рабочим» относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (борт-

проводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т. ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбаки и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин; к **«неквалифицированным рабочим»** относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и другие), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.); к **«занятым на военной службе»** относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны; **в позиции «не был(а) занят(а) в экономике»:** к «пенсионерам» относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию; к «студентам и учащимся» относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях; к «работающим в личном подсобном хозяйстве» относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота, в основном для потребления в своем хозяйстве; к «безработным» относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных; к «прочим» относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;

- в пункте 15 «Смерть произошла» после уточнения обстоятельств случая смерти указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство,

в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в медицинском свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: «Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы». Запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи Медицинского свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится;

- в пункте 16 «В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти» указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла. Данный пункт может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения;

- в пункте 17 «Причины смерти установлены» делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером (акушеркой), патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт;

- в пункте 18 «Я, врач (фельдшер, акушерка)», указывается фамилия, имя, отчество, должность лица, заполнившего Медицинское свидетельство, и отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти;

- При заполнении пункта 19 «Причины смерти» необходимо соблюдать следующий порядок записи причин смерти. Выбирается одна первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с ее осложнениями указывается в подпунктах «а – г» части I пункта 19 Медицинского свидетельства:

- а) непосредственная причина;
- б) промежуточная причина;
- в) первоначальная причина;

г) внешняя причина при травмах (отравлениях).

Первоначальной причиной смерти являются: болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти; обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

В медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями.

В части I пункта 19 может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

В каждом подпункте части I указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена:

- строка подпункта а);
- строки подпунктов а) и б);
- или строки подпунктов а), б) и в).

Заполнение части I пункта 19 медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями. При этом формулировка основного заболевания, как правило, заносится на строку подпункта в). Затем выбирается 1-2 осложнения, из которых составляют «логическую последовательность» и записывают их на строках подпунктов а) и б). Состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти – основное заболевание, может указываться не только на строке подпункта в) части I, но и на других строках.

Например:

I. **а) инфаркт миокарда.**

Например:

I. а) отек легких,
б) инфаркт миокарда.

Например:

I. а) тампонада сердца,
б) аневризма сердца с разрывом,
в) инфаркт миокарда.

Строка подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления.

В части II пункта 19 медицинского свидетельства указываются прочие важные причины смерти (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор состояний, которые утяжелили основное заболевание и ускорили смерть. В данной части указывают факт употребления алкоголя, наркотических, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также проведенные операции и другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Не рекомендуется включать в медицинское свидетельство в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие, как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе «Код по МКБ-10» напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью» напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного ниже. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10). Согласно рекомендациям МКБ-10:

- **материнская смерть** определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания по какой-либо причине, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины;
- **поздняя материнская смерть** определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43-365 дней после окончания беременности;

- **смерть, связанная с беременностью**, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

- **смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами** – это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;
- **смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами** – смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности;
- в пункте 20 «В случае смерти в результате ДТП»: в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки — «1» и «2», а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8-30 суток после него — отметку «1»;
- пункт 21 заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов;
- в пункте 22 указывается фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частно практикующим врачом, указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью;

- в пункте 23 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку медицинских свидетельств.

Порядок заполнения корешка медицинского свидетельства о смерти

- В пунктах 1-13 корешка медицинского свидетельства делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства. Корешок подписы-

вается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим медицинское свидетельство о смерти.

- В пункте 14 корешка «Фамилия, имя, отчество получателя» медицинского свидетельства указывается паспортные данные получателя, а также серия, номер, кем выдан документа, удостоверяющего его личность, дата получения медицинского свидетельства, ставится подпись получателя.

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ № 106/У-08**

СЕРИЯ _____ № _____
Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г.
(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)
(подчеркнуть)
серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____
 2. Пол: мужской 1, женский 2
 3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____
 4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время _____
 5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
 6. Смерть наступила: на месте происшествия 1, в машине скорой помощи 2, в стационаре 3, дома 4, в другом месте 5
- Для детей, умерших в возрасте до 1 года:**
7. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____, число месяцев _____, дней жизни _____
 8. Место рождения _____
 9. Фамилия, имя, отчество матери _____

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Наименование медицинской организации _____ адрес _____ Код по ОКПО _____ Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____ адрес _____

Код формы по ОКУД _____ Медицинская документация Учетная форма № 106/у-08 Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н
--

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____
Дата выдачи « _____ » _____ г.
(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть))
серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 ____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) _____
2. Пол: мужской 1, женский 2
3. Дата рождения: число _____, месяц _____, год _____
4. Дата смерти: число _____, месяц _____, год _____, время _____
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей): республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
6. Местность: городская 1, сельская 2
7. Место смерти: республика, край, область _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ кв. _____
8. Местность: городская 1, сельская 2
9. Смерть наступила: на месте происшествия 1, в машине скорой помощи 2, в стационаре 3, дома 4, в другом месте 5
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 недель) 1, недоношенный (менее 37 недель) 2, переносный (42 недель и более) 3
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года:
масса тела ребенка при рождении _____ грамм 1, каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) 2, дата рождения матери _____ 3, возраст матери (полных лет) _____ 4, фамилия матери _____ 5, имя _____ 6, отчество _____ 7
- 12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке 1, не состоял(а) в зарегистрированном браке 2, неизвестно 3
- 13.* Образование: профессиональное: высшее 1, неполное высшее 2, среднее 3, начальное 4; общее: среднее (полное) 5, основное 6, начальное 7; не имеет начального образования 8; неизвестно 9
- 14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1, прочие специалисты 2, квалифицированные рабочие 3, неквалифицированные рабочие 4, занятые на военной службе 5; не был(а) занят(а) в экономике: пенсионеры 6, студенты и учащиеся 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве 8, безработные 9, прочие 10
15. Смерть произошла: от заболевания 1; несчастного случая: не связанного с производством 2, связанного с производством 3; убийства 4; самоубийства 5; в ходе действий: военных 6, террористических 7; род смерти не установлен 8

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12 - 14 заполняются в отношении их матерей.

Оборотная сторона

10. Причины смерти:

- I. а) _____
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)
- б) _____
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)
- в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)
- г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью

Код по МКБ-10

□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

□	□	□	□	.	□
---	---	---	---	---	---

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

12. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3], кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4]

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Подпись _____

14. Фамилия, имя, отчество получателя _____

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____

« _____ » _____ 20 ____ г

Подпись получателя _____

~~16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, от военных и террористических действий, при установленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число _____, месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление) _____~~

17. Причины смерти установлены: врачом, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) _____,

(фамилия, имя, отчество)

должность _____,

удостоверяю, что на основании осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

19. Причины смерти:

- I. а) _____
(болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)
- б) _____
(патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины)
- в) _____
(первоначальная причина смерти указывается последней)
- г) _____
(внешняя причина при травмах и отравлениях)

Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью

Код по МКБ-10

□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□
□	□	□	□	.	□

II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)

□	□	□	□	.	□
---	---	---	---	---	---

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

21. В случае смерти беременной (независимо от срока и локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3], кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4].

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Подпись _____

Руководитель медицинской организации,
частнопрактикующий врач (подчеркнуть) _____

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Печать _____

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество врача)

Порядок выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти

В целях обеспечения государственной регистрации, для государственного статистического учета случаев рождения мертвого ребенка, а также смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, выдается Медицинское свидетельство о перинатальной смерти – учетная форма № 106-2/у-08.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (далее – медицинское свидетельство) выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы. В качестве таковых могут выступать больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, а также центры, учреждения охраны материнства и детства или лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В медицинских подразделениях, не имеющих врача (фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория, участковая больница и других), медицинское свидетельство может быть оформлено фельдшером или акушеркой.

Основанием для выдачи медицинского свидетельства является установление факта смерти врачом (фельдшером, акушеркой). Выдача медицинского свидетельства заочно, без личного установления факта смерти врачом (фельдшером, акушеркой) запрещается.

В случаях родов в стационаре, на дому или в другом месте медицинское свидетельство выдает медицинская организация, врач которой оказывал медицинскую помощь при родах, или та, в которую обратилась мать после родов, а при родах вне медицинской организации – частно практикующий врач.

При рождении мертвого ребенка вне стационара без присутствия врача (фельдшера, акушерки) или смерти ребенка в первые 168 часов жизни вне стационара без присутствия врача (фельдшера, акушерки) проводится судебно-медицинское исследование. На основании результатов проведенного исследования, в подобных случаях, медицинское свидетельство заполняет судебно-медицинский эксперт.

В случае рождения мертвого ребенка или смерти ребенка в первые 168 часов жизни на судне, в самолете, поезде или другом транспортном средстве во время его следования, медицинское свидетельство выдает медицинская организация, расположенная по маршруту следования транспортного средства.

Критерии для выдачи медицинского свидетельства на мертворожденных и живорожденных, умерших в первые 168 часов жизни:

1. Масса тела при рождении – 1000 г и более.
2. При многоплодных родах при сроке беременности 28 недель и более – масса тела менее 1000 г.
3. Новорожденные, родившиеся с массой тела от 500 г до 999 г, если они прожили более 168 часов после рождения (7 полных суток жизни).
4. В случаях, если произошла антенатальная смерть одного из плодов (смерть плода во время беременности, до начала родов) при многоплодной беременности на ранних ее сроках, и масса плода менее 1000 г, а роды произошли при сроке беременности 28 недель и более также выдается медицинское свидетельство.
5. Если масса тела при рождении неизвестна, необходимо учитывать срок беременности – 28 недель и более.
6. Если неизвестна масса и срок беременности неизвестны, то учитывают длину тела от верушки темени до пяток – 35 см и более.

На ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни, заполняют 2 свидетельства: медицинское свидетельство о рождении и медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

При многоплодных родах на каждого мертворожденного или родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни отдельно заполняют медицинские свидетельства.

Плоды в сроки беременности до 22 недель и мертворожденные в сроки беременности 22 недели и более, массой менее 500 г. вскрываются без оформления свидетельства о перинатальной смерти.

Регистрация в органах ЗАГС мертворожденных и детей, умерших в первые 168 часов жизни (до 7 полных суток), производится в течение трех дней дня со дня установления факта мертворождения или смерти ребенка и выдачи медицинского свидетельства.

• При производстве патологоанатомических вскрытий мертворожденных и живорожденных, умерших в первые 168 часов в централизованных патологоанатомических отделениях заполняется выписка из протокола (карты) патологоанатомического исследования,

которая передается в медицинскую организацию, где произошло мертворождение или смерть ребенка в первые 168 часов жизни. В подобных случаях **медицинское свидетельство выдается данной медицинской организацией**, при этом раздел «причины смерти» заполняется в строгом соответствии с заключением врача-патологоанатома.

- В случаях, когда медицинское свидетельство не может быть выдано, регистрация в органах ЗАГС производится в судебном порядке.

Медицинское свидетельство выдается с отметкой: **«окончательное»**, **«предварительное»** – в случаях, когда для установления (уточнения) причины смерти необходимы дополнительные исследования; при этом невозможность установления рода смерти или других обстоятельств не является основанием для задержки выдачи предварительного медицинского свидетельства, **«взамен предварительного»** или **«взамен окончательного»**, выписываемых судебно-медицинскими экспертами или врачами-патологоанатомами не позднее, чем через 45 дней после установления причины смерти, на основании получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений.

Медицинское свидетельство визирует руководитель медицинской организации, где произошли роды, или частно практикующий врач, подпись заверяется круглой печатью учреждения.

Порядок заполнения медицинского свидетельства о перинатальной смерти

1. В пункте 1 «Роды мертвым плодом» указывается дата мертворождения – число, месяц, год, а также время – часы, минуты (например, 20.07.2007; 14.30).
2. В пункте 2 «Ребенок родился живым» указывается дата рождения живого ребенка, а затем дата его смерти. При этом указывается число, месяц, год, часы, минуты рождения и смерти.
3. В пункте 3 «Смерть наступила» делается отметка позиции, указывающей, когда наступила смерть: до начала родов (1), во время родов (2), после родов (3) или в неизвестный период (4).
4. В пунктах 4-11 указываются сведения о матери мертворожденного или ребенка, умершего до 7 полных суток жизни.

Пункт 4 «Фамилия, имя и отчество» заполняется полностью по данным паспорта матери или иного документа, удостоверяющего личность матери. Фамилия, имя, отчество несовершеннолетней матери, не достигшей возраста четырнадцати лет, заполняется на основании свидетельства о ее рождении. Если данные сведения отсутствуют, делается запись «неизвестно». **Если у матери отсутствуют документы**, подтверждающие личность, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, врач (фельдшер, акушерка) заполняет пункты 4-8 медицинского свидетельства и пункты 4-7 корешка медицинского свидетельства со слов матери, о чем должна быть сделана отметка «со слов матери» в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя медицинской организации или частнопрактикующего врача и печатью.

5. В пункте 5 «Дата рождения» на основании данных, содержащихся в документе, удостоверяющем личность матери указывается число, месяц, год (например, 20.07.1977). В случае если дата рождения матери неизвестна, во всех позициях пункта 5 ставится прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки.

6. В пункт 6 «Место постоянного жительства (регистрации)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно».

7. В пункте 7 «Местность» указывают принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности.

8. В пункте 8 «Семейное положение» указывается, состоит ли женщина или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись «неизвестно».

9. Пункт 9 «Образование» заполняется со слов матери: **в позиции «профессиональное»**: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение – институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» – закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» – окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т. п.; «начальное» – окончившим образовательное учреждение начального профессионального

образования (профессиональное училище или лицей, школу фабрично-заводского обучения и т.п.); **в позиции «общее»:** «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» – окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10-11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» – окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4-9 классов образовательного учреждения.

10. Пункт 10* «Занятость» заполняется со слов матери: **в позиции «была занята в экономике»:** к **«руководителям и специалистам высшего уровня квалификации»** относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.); к **«прочим специалистам»** относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.); к **«квалифицированным рабочим»** относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбководства и рыболовства, в т. ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин; к **«неквалифицированным рабочим»** относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, тор-

говли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и др.), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих для всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.); **к «занятым на военной службе»** относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны; **в позиции «не была занята в экономике»: к «пенсионерам»** относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию; **к «студентам и учащимся»** относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях; **к «работающим в личном подсобном хозяйстве»** относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т. п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве; **к «безработным»** относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных; **к «прочим»** относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства.

11. В пункт 11 «Которые по счету роды» (с учетом мертворождений) включаются сведения из соответствующей медицинской документации.

В пунктах 12-20 указываются сведения о ребенке, умершем до 7 полных суток жизни или о мертворожденном из соответствующей медицинской документации.

12. В пункте 12 «Фамилия ребенка (плода)» – фамилия новорожденного (мертворожденного) ребенка (плода) указывается по желанию родителей в случае, если родители имеют одинаковую фамилию.

13. В пункте 13 «Место смерти (мертворождения)» указывается название республики (края, области), района, города (села), где произошла смерть (мертворождение). Если нет сведений – делается запись «неизвестно».

14. В пункте 14 «Местность» указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности.

15. В пункте 15 «Смерть (мертворождение) произошла (о)» отмечается позиция, в которой указывается, где последовала смерть: в стационаре, дома, в другом месте или неизвестно.

16. В пункте 16 «Пол» делается отметка: «мальчик» или «девочка».

17. В пункт 17 «Масса тела ребенка (плода) при рождении» вписывается масса тела в граммах, зарегистрированная при мертворождений или рождении ребенка.

При этом у живорожденных определение массы тела должно быть проведено в первый час жизни. Фактическая масса должна быть зафиксирована с той степенью точности, с которой она была измерена в граммах (например: 3253).

18. Пункт 18 «Длина тела ребенка (плода) при рождении» включает длину тела от макушки до пяток, измеренную в сантиметрах (например, 52).

19. В пункте 19 «Мертворождение или живорождение произошло» делается отметка в первой позиции, если роды одноплодные, во второй и третьей позициях ставятся прочерки; в случае многоплодных родов в первой позиции ставится прочерк, заполняются позиции 2 и 3. Например, в случае рождения ребенка вторым из тройни следует в первой позиции поставить прочерк, во второй позиции записать «2» и в третьей позиции записать «3».

20. Пункт 20 «Которым по счету ребенок был рожден у матери» заполняется, считая умерших и не считая мертворожденных при предыдущих родах.

21. В пункте 21 «Смерть ребенка (плода) произошла» делается отметка в одной из позиций: от заболевания, несчастного случая, убийства или род смерти не установлен.

22. В пункте 22 «Лицо, принимавшее роды» указывается, кем были приняты роды: врачом, фельдшером (акушеркой) или другим лицом.

23. В пункте 23 «Причины перинатальной смерти» делается запись причин смерти плода или новорожденного, а также патологии со стороны матери, оказавших на него неблагоприятное воздействие.

Запись причин перинатальной смерти производится на строках подпунктов а) – д). При этом в строках подпунктов а) и б) указываются болезни или патологические состояния мертворожденного или ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов жизни. Причем одно, основное заболевание, записывается на строке подпункта а), а остальные, если таковые имеются, на строке подпункта б). При этом «основным» считается заболевание (состояние), ко-

торое, внесло наибольший вклад в причину мертворождения или смерти ребенка, родившегося живым и умершего в первые 168 часов суток жизни.

Такие состояния, как **сердечная недостаточность, асфиксия, аноксия, недоношенность**, характеризующие механизм смерти, **не следует вписывать в строку подпункта а), если только они не были единственными известными состояниями** ребенка, родившегося мертвым, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни.

На строках подпунктов в) и г) записывают болезни или состояния матери, которые, оказали какое-либо неблагоприятное воздействие на ребенка, родившегося мертвым или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни. В этом случае наиболее важное заболевание (состояние) нужно записывать на строке подпункта «в», а другие, если таковые имеются, на строке подпункта г).

Строка подпункта д) предусмотрена для записи обстоятельств, которые способствовали смерти, но не могут быть охарактеризованы как болезнь или патологическое состояние плода, ребенка или матери, например: внешние причины при травмах и отравлениях, родоразрешение при отсутствии лица, принимающего роды, название операции или другого медицинского вмешательства с указанием даты, жестокое обращение с ребенком.

На строках подпунктов а) и в) может быть записано только по одному заболеванию (состоянию) и, соответственно, по одному коду. На остальных строках может быть записано несколько заболеваний (состояний).

Формулировки заболеваний и состояний должны быть записаны только по-русски и без сокращений.

Если установить заболевание (состояние) матери или состояние плаценты, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на мертворожденного или живорожденного, умершего до 7 полных суток жизни, не представляется возможным, рекомендуется сделать запись на строках подпунктов в) и г) – «неизвестно», «не установлено», а для кодирования используют искусственный код ХХХ.Х на строке подпункта в).

Кодирование причин перинатальной смерти производится в соответствии с правилами МКБ-10. Каждое заболевание (состояние), записанное в строках подпунктов а), в) и д), следует кодировать отдельно.

Основное заболевание (состояние) матери, оказавшее влияние на мертворожденного или живорожденного и умершего на первой неделе жизни ребенка, записанное на строке подпункта в), необходимо кодировать одной из рубрик Р00-Р04; эти рубрики нельзя использовать для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строке подпункта а).

Для кодирования заболеваний (состояний) мертворожденного, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни ребенка, записанных на строке подпункта а), преимущественно используют рубрики Р05-Р96 (Перинатальные состояния) или Q00-Q99 «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», но можно использовать любые другие рубрики, кроме Р00-Р04 «Поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения».

При кодировании случаев мертворождения и смерти новорожденного необходимо учитывать следующее:

«Смерть плода по неуточненной причине» кодируется Р95;

«Смерть новорожденного» кодируется Р96.8;

«Смерть от неуточненного состояния, возникшего в перинатальном периоде», кодируется Р96.9.

Термин «Синдром внезапной смерти грудного ребенка» применяется только у детей в возрасте от 7 дней до 1 года, в связи с чем для кодирования случаев перинатальной смерти не применяется.

При заполнении пункта в графе «Код по МКБ-10» должны указываться два кода: первый – основного заболевания мертворожденного или заболевания ребенка, приведшего его к смерти, второй – код основного заболевания матери, оказавшего поражающее влияние на новорожденного (или мертворожденного), в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10).

24. В пункте 24 «Причины перинатальной смерти установлены» указывается:

а) кем установлена причина мертворождения или смерти ребенка в 0-168 часов жизни: врачом, только удостоверившим смерть; врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды; врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка; врачом-патологоанатомом; судебно-медицинским экспертом; акушеркой или фельдшером;

б) на основании чего установлена причина перинатальной смерти: только осмотра трупа; записей в медицинской документации; собственного предшествовавшего наблюдения или вскрытия. Подпункт «осмотр трупа» рекомендуется использовать только в исключительных случаях, так как установить причину смерти только на основании внешнего осмотра трупа, как правило, невозможно.

25. В пункте 25 указывается должность, фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское свидетельство подписывается руководителем медицинской организации или частно практикующим врачом с указанием их фамилии, имени, отчества и заверяется круглой печатью; в пункте 26 производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку медицинских свидетельств.

Порядок заполнения корешка медицинского свидетельства о перинатальной смерти

1. В пунктах 1-11 корешка медицинского свидетельства делаются записи, соответствующие, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства.

Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим медицинское свидетельство.

2. В пункте 12 указывается должность, фамилия, имя, отчество врача (фельдшер, акушерка), заполнившего медицинское свидетельство и ставится его подпись.

3. В пункте 13 «Запись акта о мертворождении, смерти» указывают № актовой записи, дату, наименование органа ЗАГС и фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС, осуществившего регистрацию.

4. В пункте 14 указывается фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему) ребенку получателя медицинского свидетельства (мать, отец, бабушка и др.). Здесь же указываются документ, удостоверяющий личность получателя медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения и ставится подпись получателя.

Осуществление контроля за качеством оформления медицинских свидетельств о смерти и медицинских свидетельств о перинатальной смерти

Записи в корешках медицинских свидетельств должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах медицинского свидетельства.

Корешки медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их заполнения в течение одного календарного года после окончания года, когда было выдано медицинское свидетельство, после чего подлежат утилизации в установленном порядке.

Организация контроля правильности заполнения медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти обеспечивается на трех уровнях:

- **медицинской организации, выдавшей медицинское свидетельство,**
- **органах управления здравоохранением муниципального уровня,**
- **органах ЗАГС Российской Федерации** уполномоченные органом управления здравоохранением врачи, проводящие проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики.

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, при обнаружении неправильного заполнения медицинского свидетельства:

- уточняет содержащиеся в медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного медицинского свидетельства;
- обеспечивает разбор неправильно заполненных медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т. д.

Сведения о выдаче медицинского свидетельства (дата выдачи, номер и серия, причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в соответствующей медицинской документации.

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ
К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106-2/у -08**

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи " _____ " _____ 20 _____ г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть)
серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
и умер дата: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
3. Смерть наступила: 1 до начала родов, 2 во время родов, 3 после родов, 4 неизвестно
4. Фамилия, имя, отчество матери _____
5. Дата рождения матери: число _____, месяц _____, год _____
6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мертворожденного) ребенка:
республика, край, область _____ район _____
город (село) _____ улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская 1, сельская 2
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) _____
9. Пол: мальчик 1, девочка 2
10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре 1, дома 2, в другом месте 3

----- линия отреза -----

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Наименование медицинской организации _____
адрес _____
Код по ОКПО _____
Для врача, занимающегося частной практикой: номер лицензии на медицинскую деятельность _____
адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма №106-2/у-08
Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ _____ № _____

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного (подчеркнуть)
серия _____ № _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
и умер - число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
3. Смерть наступила: до начала родов 1, во время родов 2, после родов 3, неизвестно 4

Мать

Ребенок (плод)

4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Дата рождения матери:
число месяц год
6. Место постоянного жительства (регистрации):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
улица _____ дом _____ кв. _____
7. Местность: городская 1, сельская 2
8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке 1, не состоит в зарегистрированном браке 2, неизвестно 3
9. Образование: профессиональное: высшее 1, неполное высшее 2, среднее 3, начальное 4; общее: среднее (полное) 5, основное 6, начальное 7; не имеет начального образования 8; неизвестно 9
10. Занятость: была занята в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации 1, прочие специалисты 2, квалифицированные рабочие 3, неквалифицированные рабочие 4, занятые на военной службе 5; не была занята в экономике: пенсионеры 6, студенты и учащиеся 7, работавшие в личном подсобном хозяйстве 8, безработные 9, прочие 10
11. Которые по счету роды

12. Фамилия ребенка (плода) _____
13. Место смерти (мертворождения):
республика, край, область _____
район _____
город (село) _____
14. Местность: городская 1, сельская 2.
15. Смерть (мертворождение) произошла(о):
в стационаре 1, дома 2, в другом месте 3, неизвестно 4.
16. Пол: мальчик 1, девочка 2
17. Масса тела ребенка(плода) при рождении г
18. Длина тела ребенка (плода) при рождении см
19. Мертворождение или живорождение произошло:
при одноплодных родах
при многоплодных родах: которыми по счету
число детей родившихся (живыми и мертвыми)

Оборотная сторона

ТЕМА 6

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО И БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Цель: Знать цели и задачи гистологического исследования операционного и биопсийного материала; правила его взятия и фиксации, маркировки, оформления направления.

Теоретический материал для подготовки

Биопсия – производное от греческих терминов *bios* – жизнь и *opsis* – зрительное восприятие. Под биопсией понимают прижизненное иссечение тканей или органов для последующего микроскопического исследования с диагностической целью. Полученный в ходе иссечения материал называется **биоптат**.

Цели и задачи гистологического и цитологического исследования:

- прижизненное подтверждение и уточнение клинического диагноза;
- установление диагноза в клинически неясных случаях;
- определение стадии, этиологии, распространенности процесса;
- позволяет выбрать метод лечения;
- позволяет оценить своевременность и объем операции;
- позволяет судить о радикальности операции;
- при повторных биопсиях позволяет судить о динамике заболевания и изменениях, возникающих в тканях под влиянием лечения.

Виды биопсий:

- **Интраоперационная (открытая) биопсия:**
 - а) **эксцизионная тотальная** – полное хирургическое удаление патологически измененной ткани;
 - б) **инцизионная** – иссечение одного или нескольких фрагментов органа или ткани в пределах патологического процесса.
- **Эндоскопическая биопсия** – взятие фрагментов ткани проводится в ходе эндоскопического обследования.
- **Пункционная биопсия** (печени, почек, молочной и предстательной железы).

- **Исследование соскобов** – кюретаж полости матки, цервикального канала; реже гайморовых пазух в оториноларингологии.
- **Пайпель** (аспирационная) биопсия (полости матки).
- **«Случайные» биопсии** – исследование фрагментов органов и тканей, самостоятельно выделившихся у больного при кашле, дефекации, из полости матки и т. д.

В зависимости от сроков ответа биопсия может быть **плановой** и **срочной** – экспресс-биопсия. В случаях плановых биопсий, заключение дается через 4–7 суток после поступления материала на исследование. При срочных интраоперационных биопсиях заключение дается через 20–30 минут после поступления материала.

Правила взятия биопсийного материала:

- Иссечение патологически измененной ткани должно производиться в максимально возможном объеме, в пределах здоровых тканей.
- При иссечении ткани не допускается ее травматическое повреждение.
- При использовании электрокоагулятора или криодеструктора патологический очаг должен находиться на некотором расстоянии от линии воздействия.
- Нельзя забирать материал только из участков кровоизлияний или некроза.
- Немедленная фиксация материала.
- При невозможности немедленной фиксации, для предупреждения высыхания материала, сразу после иссечения биоптат помещают в смоченную физиологическим раствором салфетку или герметически закрытую посуду.
- При взятии материала из разных участков каждый фрагмент маркируется отдельно.
- Участок, требующий особенно детального изучения, должен быть прошит по периферии кистным швом нитью контрастного цвета, о чем делается пометка в бланке направления на исследование.
- О необходимости выполнения срочной биопсии (экспресс-биопсии) заведующий ПАО должен быть предупрежден заранее.
- Фиксированный биоматериал доставляется на исследование в срок до 1 суток.

- Материал доставляется на исследование в полном объеме. Категорически запрещается делить материал на части. Фрагментация не позволяет составить цельного представления о характере процесса и может служить причиной диагностических ошибок.

- Подсохший, загнивший, замороженный материал на исследование не принимается, о чем ставится в известность заведующий ПАО.

- Ответственность за правильность получения, маркировки, оформления направления, фиксацию и доставку биоматериала несет заведующий клиническим отделением, откуда поступает материал.

Требования к фиксации материала

Выбор фиксатора определяется характером материала и целью его исследования. Наиболее универсальным фиксатором, традиционно используемым в ЛПУ, является 10-15 % раствор нейтрального (рН 7,4) формалина. Использование раствора большей или меньшей концентрации ведет, соответственно, к «задубливанию» или гниению материала.

Объем фиксирующего раствора должен не менее чем в 2–3 раза превышать объем фиксируемой ткани.

Запрещается применение фиксаторов, не согласованных с патологоанатомическим отделением (лабораторией).

Правила маркировки материала, доставляемого на гистологическое исследование

Доставляемый на исследование материал должен быть тщательно маркирован. Бирка из плотного картона или клеенки с указанием ЛПУ, названием отделения, № истории болезни, Ф.И.О. больного фиксируется к материалу (марлевому пакету в котором может находиться материал) или наклеивается на емкость, в которой доставляется материал.

На каждый из объектов врач, назначивший исследование, оформляет специальный бланк – направление, доставляемый в ПАО одновременно с объектом.

Правила заполнения направления на гистологическое исследование

Биологический материал для патоморфологического (гистологического) исследования доставляется в ПАО (лабораторию) с соответствующей маркировкой и «Направлением на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала» (учетная форма – 014/у), порядок и форма ведения которого устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации. Направление заполняется в двух экземплярах лечащим врачом или врачом, осуществляющим забор материала для исследования.

В направлении лечащий врач указывает:

- дату и час взятия материала;
- наименование ЛПУ, отделения;
- Ф.И.О., пол и возраст пациента;
- вид биопсии (в том числе первичная или вторичная, при повторной биопсии отметить номер и дату первичной биопсии);
- вид операции;
- характер объектов, их маркировку;
- клинические данные: продолжительность заболевания, основные результаты клинико-лабораторных, рентгенологических и других методов исследования, проведенное лечение;
- при наличии опухоли указывают точную локализацию, связь с окружающими тканями, размеры, консистенцию, темп роста, наличие участков распада и кровоизлияний, состояние региональных лимфатических узлов;
- при подозрении на лимфопролиферативное заболевание приводят развернутый анализ крови, состояние печени, селезенки, лимфоузлов;
- при направлении соскобов цервикального канала и эндометрия указывают характер менструального цикла (его продолжительность и на какой день менструации осуществлен забор биоматериала), при наличии менопаузы или аменореи – их длительность; отмечают прием контрацептивов, анамнестические данные о родах и абортах;
- данные предыдущих исследований (позволяют оценить динамику процесса, наличие обострения, малигнизации);
- клинический диагноз процесса, обусловивший забор биоптата.

Следует учитывать, что информативность прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала зависит от целого ряда субъективных и объективных факторов, к которым относятся: правильность получения материала, своевременность и правильность его фиксации, тщательность маркировки, информативность и полноценность заполнения направлением на исследование. Немаловажную роль также играют компетенция и уровень профессиональной подготовки врача-патологоанатома, разрешающие возможности имеющегося у него оборудования и реактивов.

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма N 014/у

Адрес _____

Утверждена приказом Минздрава России
от " __ " _____ 2016 г. № __

**НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА**

1. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал _____

2. Фамилия, имя, отчество пациента _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2, 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Полис ОМС _____ 6. СНИЛС _____

7. Место регистрации: _____ тел. _____

8. Местность: городская - 1, сельская - 2.

9. Диагноз основного заболевания (состояния) _____

10. Код по МКБ <*> _____

11. Задача прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала _____

12. Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, оперативное или гормональное, или лучевое лечение, результаты инструментальных и лабораторных исследований) _____

13. Результаты предыдущих прижизненных патологоанатомических исследований (наименование медицинской организации, дата, регистрационный номер, заключение) _____

14. Проведенное предоперационное лечение (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения) _____

15. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия - 1, пункционная биопсия - 2, аспирационная биопсия - 3, инцизионная биопсия - 4, операционная биопсия - 5, операционный материал - 6, самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей - 7.

16. Дата забора материала _____ время _____

17. Материал помещен в 10%-ный раствор нейтрального формалина (да/нет) _____

18. Маркировка биопсийного (операционного) материала (расшифровка маркировки флаконов):

Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне неизменная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов
1			
2			
3			
4			

19. Фамилия, инициалы врача _____ подпись _____

20. Дата направления: " __ " _____ 20__ г., телефон _____

<*> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма N 014/у

Адрес _____

Утверждена приказом Минздрава России

от " __ " _____ 2016 г. № __

**ПРОТОКОЛ
ПРИЖИЗНЕННОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА**

1. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал _____

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2, 4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год _____

5. Полис ОМС _____ 6. СНИЛС _____

7. Место регистрации: _____

тел. _____

8. Местность: городская - 1, сельская - 2.

9. Диагноз заболевания (состояния) по данным направления 10. Код по МКБ <*> _____

11. Дата забора материала по данным направления _____ время _____

12. Материал доставлен в 10%-ный раствор нейтрального формалина (да/нет) _____

загрязнен (да/нет) _____

13. Дата поступления биопсийного (операционного) материала: дата _____, время _____

14. Отметка о сохранности упаковки _____

15. Дата регистрации биопсийного (операционного) материала: дата _____, время _____

16. Регистрационный номер _____

17. Медицинские услуги: код _____, количество _____ 18. Категория сложности (1-5) _____

код _____, количество _____

код _____, количество _____

19. Вырезка проводилась: дата _____ время _____ 20. В проводку взято: _____ объектов

21. Назначенные окраски (реакции, определения):

22. Макроскопическое описание:

23. Микроскопическое описание:

24. Заключение:

25. Код по МКБ _____

26. Комментарии к заключению и рекомендации:

27. Прижизненное патологоанатомическое исследование выполнили:

Врач-патологоанатом _____
(фамилия, инициалы) М.П. (подпись)

Врач-специалист,
осуществляющий консультирование _____
(фамилия, инициалы) М.П. (подпись)

28. Дата проведения прижизненного патологоанатомического исследования:
"__" _____ 20__ г.

<*> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
(далее - МКБ).

ЛИТЕРАТУРА И ПРАВОВАЯ НОРМАТИВНАЯ БАЗА

1. Верткин, А.Л. Окончательный диагноз: руководство для врачей / А.Л. Верткин, О.В. Зайратьянц, Е.И. Вовк. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2009. – 576 с.
2. Зайратьянц, О.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник / О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство». – 2011. – 576 с.
3. Пальцев, М.А. Руководство по биопсийно-секционному курсу: учебное пособие / М.А. Пальцев, В.Л. Коваленко, Н.М. Аничков. – М. : Медицина. – 2002. – 256 с.
4. Франк, Г.А. Патологоанатомическое вскрытие: Нормативные документы / под ред. Г.А. Франка, П.Г. Малькова. – М. : Медиа Сфера. – 2014. – 80 с.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2013 г. № 354н «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2012 г. № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях».

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1.	Организация патологоанатомической службы в Российской Федерации. Документация патологоанатомического отделения.....	3
Тема 2.	Патологоанатомическое вскрытие.....	8
Тема 3.	Понятие о патологоанатомическом диагнозе.....	30
Тема 4.	Сличение клинического и патолого-анатомического диагнозов. Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев.....	36
Тема 5.	Регистрация факта смерти и оформление медицинского свидетельства о смерти на территории Российской Федерации.....	42
Тема 6.	Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.....	69
	Литература и правовая нормативная база.....	77

учебное издание

**М.В. Завьялова, Ю.М. Падеров, С.В. Вторушин,
И.Л. Пурлик, И.В. Степанов, К.Ю. Христенко**

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

учебное пособие

Редактор Харитонова Е.М.
Технический редактор Коломийцева О.В.
Обложка Забоенкова И.Г.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8 (3822) 51-41-53
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 18.04.2017.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. л. 4,9. Авт. л. 4.
Тираж 30 экз. Заказ №

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru