

Государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

СЕКЦИОННО-БИОПСИЙНЫЙ КУРС

учебное пособие к практическим занятиям
для студентов педиатрического факультета

ТОМСК
Сибирский государственный медицинский университет
2014

УДК 616-091.8(076)

ББК 52.5

К 493

Авторы:

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

К Клиническая патологическая анатомия. Секционно-биопсийный курс: учебное пособие к практическим занятиям для студентов лечебного факультета/ Томск, 2014. – 38 с.

Учебное пособие подготовлено по дисциплине «Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов, обучающихся по специальности «педиатрия».

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

Для каждого практического занятия приведены вопросы для самоконтроля, тестовые задания и ситуационные задачи. Предложенная структура пособия помогает выделить главные аспекты изучаемых патологических процессов, позволяя организовать, систематизировать и конкретизировать учебный процесс.

УДК 616-091.8(076)

ББК 52.5

Рецензенты:

В.А. Шкурупий - академик РАМН, д-р мед. наук, профессор, зав. каф. патологической анатомии с секционным курсом ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России
Е.Л. Казачков - д-р мед. наук, профессор, зав. каф. патологической анатомии с секционным курсом ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным методическим советом ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (протокол №2 от 04 июня 2014 г.).

© Сибирский государственный медицинский университет, 2014

© Завьялова М.В., Вторушин С.В., Падеров Ю.М.,
Степанов И.В., Пурлик И.Л., 2014

Занятие № 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПОЛОЖЕНИЕ О ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ВСКРЫТИИ. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен иметь представление о целях, задачах и принципах организации патологоанатомической службы Российской Федерации, ее роли в системе здравоохранения; Усвоить требования к проведению патологоанатомических вскрытий; освоить принципы формулировки и оформления окончательного диагноза.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Цели и задачи патологоанатомической службы:

1. Улучшение прижизненной диагностики заболеваний с помощью исследований биопсий и операционного материала, а также по данным вскрытий умерших больных.
2. Обеспечение достоверных данных о причинах смерти в органах государственной статистики.
3. Повышение квалификации работников, оказывающих медицинскую помощь больным.

Решение основных задач патологоанатомической службой осуществляется путем:

1. определения характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале;
2. выявления острозаразных заболеваний;
3. установления причины и механизма смерти больного с выявлением нозологии и этиологии заболевания;
4. анализа качества диагностической и лечебной работы, ведения медицинской документации, сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов;
5. анализа и обобщения материалов с обсуждением результатов во врачебных коллективах больниц, органах здравоохранения.

Организация патологоанатомической службы в Российской Федерации.

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 городские прозекутуры по обслуживанию городских больниц. Централизованные ПАО являются структурными подразделениями больницы, на базе которой развернута объединенная прозекутура. Обеспечение необходимых условий функционирования отделения, комплекта-

ция медицинским кадрами, материально-техническое оснащение, хозяйственное обеспечение лежит на руководстве базового ЛПУ.

В крупных областях и национальных округах Российской Федерации созданы патологоанатомические бюро, которые непосредственно подчиняются областным, краевым или республиканским (отделам (министерствам) здравоохранения). Бюро находятся на бюджете соответствующего органа здравоохранения (облздрав, минздрав), являются независимыми патологоанатомическими структурами с правами юридического лица, имеют гербовую печать, штамп, соответствующие структурные подразделения: планово-экономическую службу, административно-хозяйственную, транспортную и т.д. Руководство деятельностью бюро осуществляется начальником бюро, назначенным руководителем соответствующего органа здравоохранения.

Перечень медицинской документации ПАО:

1. Журнал регистрации патологоанатомических вскрытий. Ведется медицинским регистратором. Хранится в архиве ПАО постоянно.

2. Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших (№ 015/у). Содержит сведения о Ф.И.О. умершего, дате поступления, вскрытия и выдачи (захоронения) трупа, перечень сопроводительной документации, предметов одежды, ценных вещей, документов, доставляемых с телом умершего.

3. Протокол патологоанатомического вскрытия (№ 013/у) и протокол патологоанатомического вскрытия плода, мертворожденного или новорожденного (№ 013/у-1).

4. Бланки «Медицинского свидетельства о смерти» – документ строгой отчетности, хранятся вместе с журналом учета бланков «Медицинского свидетельства о смерти».

5. Корешки ранее выданных бланков «Медицинского свидетельства о смерти» – подлежат хранению по месту их выдачи в течение 1 календарного года после окончания года, когда было выдано медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

6. Книга учета биопсийного и операционного материала. Ведется лаборантом-гистологом. Хранится в архиве ПАО постоянно.

7. Бланки-направления на патологоанатомическое исследование.

8. Журнал учета инфекционных заболеваний, обнаруженных (впервые выявленных) на вскрытии. Заполняется врачом ПАО.

Основные разделы работы ПАО:

1. Проведение патологоанатомического вскрытия.

2. Исследование биопсийного и операционного материала.

3. Проведение клиничко-анатомических конференций

4. Участие в работе врачебно-контрольных комиссий.

Положение о патологоанатомическом вскрытии:

1. Порядок проведения и отмены патологоанатомического вскрытия устанавливается в соответствии со статьями 14 и 67 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и 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».

2. Правовой основой проведения патологоанатомических вскрытий являются Конституция Российской Федерации, Основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ, а также иные нормативные правовые акты Российской Федерации.

3. 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, патологоанатомического диагноза, выявлению дефектов оказания медицинской помощи и проведения клинико-анатомического анализа.

4. После констатации биологической смерти тело умершего доставляется в патологоанатомическое отделение согласно территориальному 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 Российской Федерации от 20.09 2012 г. № 950.

5. 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.

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

7. Патологоанатомические вскрытия осуществляются врачами соответствующей квалификации, имеющими специальную подготовку по профилю «патологическая анатомия» в соответствии с действующими нормативными документами.

8. 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».

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

Отмена вскрытия не допускается при:

1) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

2) оказании умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

3) подозрении на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

4) 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 гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

5) рождении мертвого ребенка;

б) необходимости судебно-медицинского исследования.

Направляемое в ПАО тело умершего, должно быть тщательно маркировано. Бирка из плотного картона или клеенки с указанием Ф.И.О. больного, № истории болезни, названия отделения и ЛПУ фиксируется к правой лодыжке умершего.

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

1. Сопроводительный лист (направление), в котором указывается наименование ЛПУ, отделение, Ф.И.О. и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода), дата и время наступления смерти (мертворождения), Ф.И.О. и должность медицинского работника (врача или фельдшера), оформившего сопроводительный лист.

2. Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка), содержащая:

законченные дневниковые записи с установлением факта, времени и механизма наступления смерти,

подлинники результатов всех проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований (рентгенограммы, ЭКГ, УЗИ, лабораторные анализы и т.д.),

карты анестезиологических и реанимационных пособий,

протоколы оперативных вмешательств,

заключительный клинический диагноз с датой его установления и указанием кода диагноза в соответствии с МКБ-Х,

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».

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

Порядок проведения патологоанатомического вскрытия

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. Время проведения вскрытия назначается врачом-патологоанатомом после ознакомления с сопроводительными документами.

2. На патолого-анатомическое вскрытие приглашаются врачи, принимавшие участие в обследовании и лечении пациента и заведующий отделением организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти.

3. Патологоанатомическое вскрытие включает в себя: осмотр трупа, вскрытие и исследование полостей тела, извлечение органокомплекса, изучение органов и тканей, взятие материала для гистологического и других дополнительных исследований.

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

5. При проведении патологоанатомического вскрытия гистологические, биохимические, бактериологические, вирусологические и другие необходимые исследования отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях верификации диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний.

6. При выявлении во время патологоанатомического вскрытия признаков насильственной смерти или подозрений на неё вскрытие прекращается до принятия решения о проведении судебно-медицинского исследования трупа в установленном порядке.

7. При подозрении или обнаружении в ходе вскрытия признаков особо опасных инфекционных и вирусных болезней патологоанатомическое вскрытие осуществляется с соблюдением требований санитарных правил и иных нормативных документов, регулирующих организацию противоэпидемического режима и обеспечение безопасности работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности в медицинских организациях.

8. При подозрении или обнаружении в ходе вскрытия признаков смерти от особо опасных инфекционных и вирусных болезней врач-патологоанатом сообщает об этом руководителю медицинской организации, который информирует руководителей соответствующего органа управления здравоохранением и органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора в установленном порядке.

9. Изъятие органов и тканей трупа для иных целей, не относящихся к предмету патологоанатомического исследования, регулируется Законодательством Российской Федерации.

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

11. Патологоанатомическое исследование материалов вскрытия с использованием необходимого комплекса дополнительных исследований (гистологических, гистохимических, иммуногистохимических, бактериологических, вирусологических, электронно-микроскопических, биохимических и др.) и окончательное оформление протокола вскрытия должны быть завершены не позднее 30 суток после его выполнения.

12. 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.

Понятие о патологоанатомическом диагнозе

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:

Строгое соблюдение нозологического принципа. Каждый диагноз должен начинаться с обозначения конкретной нозологической единицы, подмена которой наименованием клинического синдрома, патологического процесса, непосредственной причины смерти недопустима. Не допускается подмена нозологической единицы термином, обозначающим родовое понятие или класс заболевания. Например, ИБС, ЦВБ без дополнительной расшифровки вида этой патологии.

Диагноз должен в максимальной степени отражать этиологию и патогенез заболевания. Полноценность диагноза предусматривает наличие информации о

стадии процесса, топике основных болезненных изменений, индивидуальных особенностей течения болезни, ее морфологических проявлениях.

Заключительный диагноз включает в себя три рубрики: основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания.

Основное заболевание – это нозологическая единица, которая непосредственно, либо через свои осложнения, связанные с ней патогенетически, послужило причиной смертельного исхода. Если за время пребывания в лечебном учреждении у больного развилось новое, острое 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: 1) нозологической форме, наиболее вероятно послужившей первоначальной причиной смерти;

2) наиболее тяжелой по характеру течения и последствиям нозологической форме и ее осложнениям;

3) учитывается наиболее вероятное по частоте летальных исходов заболевание.

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

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

сочетанные заболевания – две и более нозологические формы, которые, взятые в отдельности не являются в данный момент смертельными, но развиваясь одновременно, в совокупности, через общие осложнения, привели к смертельному исходу;

основное и фоновое заболевание – под фоновым заболеванием понимается самостоятельная нозологическая единица, которая сыграла существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении заболевания, поставленного во главу диагноза и способствовала развитию смертельных осложнений.

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

1) если больные, страдающие эссенциальной артериальной гипертензией, умирают от прогрессирующей недостаточности кровообращения в связи с декомпенсацией гипертрофированного миокарда, при условии отсутствия доку-

ментально 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.

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

Инфаркт миокарда, острая коронарная недостаточность, как проявление ИБС, **инфаркт и кровоизлияние в мозг**, как проявление ЦВБ, всегда являются основными заболеваниями.

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

1. Осложнения болезни.
2. Осложнения лечения: а) лекарственной терапии; б) оперативного лечения (интраоперационные, послеоперационные).
3. Осложнения диагностических манипуляций.
4. Осложнения реанимации.

В рубрику осложнения лечения выносятся патологические процессы, развившиеся вследствие проведения медицинских манипуляций и(или) лечебных мероприятий, предпринятых на основании верно определенных показаний, осуществленных технически правильно, а неблагоприятное влияние их было связано с обстоятельствами, предусмотреть которые заранее было нельзя (индивидуальная непереносимость, анатомические особенности, тяжесть состояния больного).

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

Ятрогении – это витально опасные или летально завершившиеся патологические процессы, развившиеся в результате диагностических или лечебных мероприятий. Ятрогении рекомендуется определять как самостоятельные нозологические формы и располагать их в диагнозе в соответствии с их ролью в патогенезе. Ятрогения должна фигурировать в качестве основного заболевания, если лечение проводилось по ошибочному диагнозу, фактически не по показаниям, или осуществлялось методически или технически неверно.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Цели и задачи патологоанатомической службы.
2. Перечень медицинской документации ПАО.
3. Основные разделы работы ПАО.
4. Положение о патологоанатомическом вскрытии.
5. Случаи, когда отмена патологоанатомического вскрытия не допускается.
6. Сопроводительная документация при направлении на патологоанатомическое вскрытие.
7. Какие требования предъявляются к формулировке диагноза?
8. Что такое основное заболевание?
9. Виды комбинированного основного заболевания.
10. В каких случаях ятрогения является основным заболеванием?
11. Понятие об осложнениях.
12. Понятие о сопутствующих заболеваниях.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ОДНИМ ИЗ РАЗДЕЛОВ РАБОТЫ ПАО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) научно исследовательская работа
- 2) проведение клинико-анатомических конференций
- 3) санитарно-просветительская работа
- 4) экспертная работа

2. ОТМЕНА ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1) наличия острой сердечной патологии
- 2) длительного пребывания больного в стационаре
- 3) невозможности установления причины смерти
- 4) наличия нескольких заболеваний

3. СЛУЧАЯМИ, ПРИ КОТОРЫХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАМЕНЕНО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ожоги, обморожения
- 2) пневмонии
- 3) туберкулез
- 4) СПИД

4. ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ, НАПРАВЛЯЕМУЮ НА ВСКРЫТИЕ, ВИЗИРУЕТ

- 1) лечащий врач
- 2) главный врач
- 3) дежурный администратор
- 4) патологоанатом

5. ВАРИАНТОМ КОМБИНИРОВАННОГО ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) конкурирующие заболевания
- 2) альтернативные заболевания
- 3) содружественные заболевания
- 4) совместные заболевания

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Пациент, поступил в хирургическое отделение с гангреной обеих стоп, вызванной обморожением. Была выполнена операция ампутации, после которой, спустя 2 суток, больной скончался. Указать, куда необходимо направить труп на вскрытие.
2. Больной скончался на улице при явлениях массивного кровотечения из дыхательных путей. Признаков насильственной смерти не установлено. При себе имел паспорт и амбулаторную карту туберкулезного диспансера с верифицированным диагнозом туберкулеза легких. Указать, куда необходимо направить труп на вскрытие.
3. Больной скончался в машине скорой медицинской помощи при явлениях массивного кровотечения из дыхательных путей. Признаков насильственной смерти не установлено. Документов, удостоверяющих личность, при себе не имел. Указать, куда необходимо направить труп на вскрытие.
4. Пациент поступил в реанимационное отделение с признаками отравления суррогатами алкоголя. Спустя 48 часов он скончался от нарастающего отека головного мозга. Указать, куда необходимо направить труп на вскрытие.
5. Больная скончалась в магазине при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности. Признаков насильственной смерти не было обнаружено. При себе имела паспорт и амбулаторную карту онкологического диспансера с гистологически верифицированным раком молочной железы 4 стадии. Указать, куда необходимо направить труп на вскрытие.

6. Пациент скончался при явлениях гиповолемического шока, вызванного массивным кровотечением из разорвавшейся атеросклеротической аневризмы брюшного отдела аорты. Сформулировать окончательный патологоанатомический диагноз.
7. Пациент скончался при явлениях отека легких. На ЭКГ диагностирован инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Из анамнеза известно, что больной длительное время страдал артериальной гипертензией, не лечился. Сформулировать окончательный диагноз.
8. Пациентка скончалась при явлениях нарастающего отека головного мозга. На вскрытии определяется выраженный отек головного мозга с вклиниванием мозжечка в большое затылочное отверстие. В правом полушарии, занимая височную, теменную и затылочную долю в белом и сером веществе определяется обширный нечетко отграниченный очаг, представленный светло-серой тканью кашицеобразной консистенции. Больная длительное время страдала сахарным диабетом 2 типа, регулярного лечения не получала. Сформулировать окончательный диагноз.
9. Больной скончался при явлениях гипергликемической комы. Длительное время страдал сахарным диабетом 2 типа, регулярного лечения не получал. Сформулировать окончательный диагноз.

Занятие № 2. СЛИЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ.

ФОРМЫ КОМИССИОННОГО КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОГО РАЗБОРА СЛУЧАЕВ: КОМИССИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ, ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНЫЕ КОМИССИИ, КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ.

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ.

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен усвоить основные принципы 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. Освоить правила оформления медицинского свидетельства о смерти.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов:

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагноза завершает клинико-патологоанатомический разбор секционного случая и входит в функциональные обязанности патологоанатома. Задачей сличения диагнозов является установление истинности, полноты и своевременности клинической диагно-

стики, своевременности и адекватности лечения, а значит, дает возможность контролировать лечебно-диагностический процесс, способствовать повышению квалификации лечащих врачей, выявляет слабые звенья организации медицинской помощи в ЛПУ.

Правила сличения клинического и патологоанатомического диагноза:

1) Сличению подлежит только заключительный клинический диагноз, вынесенный на титульный лист медицинской карты стационарного больного.

2) Сличению подлежат все составляющие рубрик заключительного клинического диагноза.

3) На основании сличения диагнозов устанавливается совпадение или расхождение диагнозов.

4) При совпадении диагнозов определяется своевременность установления прижизненного диагноза и адекватность назначенного лечения.

5) Расхождением диагнозов следует считать несовпадение основного заболевания (любой из конкурирующих, сочетанных или фоновых нозологических единиц):

- по нозологическому принципу, то есть по сущности и характеру патологического процесса;

- по локализации;

- по этиологическому признаку.

Расхождение диагнозов выставляется также и при неправильной формулировке заключительного клинического диагноза, когда:

- заключительный клинический диагноз не рубрифицирован;

- заключительный клинический диагноз сформулирован редуцированно, лишен логики, не отражает последовательности событий и не информативен;

- заключительный клинический диагноз сформулирован с использованием терминов и формулировок, не имеющих аналогов в Международной классификации болезней, вследствие чего не поддается кодированию.

б) Случай несвоевременной (поздней) диагностики основного заболевания следует расценивать как расхождение диагнозов по основному заболеванию и выяснять причину поздней диагностики заболевания.

Категории расхождения диагнозов:

При клинико-патологоанатомическом анализе каждого случая несовпадения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов врач-патологоанатом обязан определить категорию и причину расхождения, при этом недопустимо указывать одновременно несколько причин расхождения диагнозов.

Категория расхождения диагноза указывает на объективную возможность правильной прижизненной диагностики в данной медицинской организации и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания.

I категория расхождения диагноза – в данной медицинской организации установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей, и ошибка уже не повлияла на исход заболевания; нередко заболевание

не было распознано на предыдущих этапах обращения за медицинской помощью;

II категория расхождения диагноза – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен, но заболевание не было распознано в связи с объективными или субъективными причинами. Ошибка диагностики существенно не повлияла на исход заболевания.

III категория расхождения диагноза – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен; диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе заболевания.

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

Объективные причины:

1. тяжесть состояния больного: диагностические процедуры полностью или частично были невозможны, т.к. их проведение могло ухудшить состояние больного;

2. кратковременность пребывания больного в медицинской организации;

3. трудность диагностики заболевания: использован весь спектр имеющихся методов диагностики, но диагностические возможности данной медицинской организации, атипичность и стертость проявлений болезни, редкость данного заболевания не позволили поставить правильный диагноз.

Субъективные причины:

1. недостаточное обследование больного;

2. недоучёт клинических, анамнестических данных;

3. неправильная трактовка лабораторных и других методов обследования;

4. недоучёт или переоценка заключения врачей-консультантов;

5. неправильное построение или оформление заключительного клинического диагноза.

Сведения о результатах сличения заключительного и патологоанатомического диагнозов должны содержаться в клинико-патологоанатомическом эпикризе каждого протокола вскрытия.

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. 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 ЛКК;

2) возвращается в ПАО для повторного анализа и вновь рассматривается на очередном заседании КИЛИ.

Краткое заключение по каждому случаю, рассмотренному на заседаниях 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 контроля над качеством лечебно-диагностического процесса. ЛКК возглавляются 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, все летальные осложнения ятрогений, а также наблюдения, оставшиеся спорными после их обсуждения на КИЛИ.

2) Систематически повторяющиеся ошибки лечебно-диагностического процесса требующие принятия административных мер и углубленного диагноза.

В случае несогласия патологоанатома с заключением рецензента и членов комиссии случай переносится для обсуждения на клинико-анатомической конференции, что фиксируется в журнале ЛКК, а решение комиссии доводится до сведения врачебного коллектива лечебного учреждения.

Клинико-анатомические конференции

Основные задачи:

1) Повышение квалификации врачей ЛПУ и улучшение качества клинической диагностики и лечения больных путем совместного обсуждения и анализа клинических и патологоанатомических данных.

2) Выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков в работе вспомогательных служб.

На клинико-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 и терапевтических вмешательств;

4) типовые ошибки и осложнения диагностических и лечебных мероприятий, случаи запоздалой диагностики, неясные и трудные для диагностики случаи;

5) случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза заболеваний.

Главные врачи ЛПУ обязаны предоставить материалы и медицинские документы, необходимые 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.

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.

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

Клиническая часть докладывается лечащим врачом, патологоанатомический раздел – патологоанатомом, проводившим исследование умершего. Рецензенты представляют свои данные 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 клинко-анатомической конференции разрабатывает и осуществляет мероприятия по устранению выявленных недостатков в организации медицинской помощи больным.

Оформление медицинского свидетельства о смерти.

Регистрация смерти производится в органах ЗАГС по последнему месту регистрации умершего, или по месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего, по месту нахождения организации, выдавшей документ о смерти. Для обеспечения регистрации смерти в органах ЗАГС Минздравом РФ утверждены учетные формы: «Медицинское свидетельство о смерти» и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти». «Медицинское свидетельство о смерти» выдается медицинской организацией независимо от ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы или частнопрактикующим врачом. В городах, городских поселениях и населенных пунктах сельской местности, в которых работают врачи, свидетельство о смерти выдается только врачами. В сельских населенных пунктах, в медицинских учреждениях, не имеющих в штате врачебного персонала, медицинское свидетельство может выдаваться фельдшером или акушеркой.

Порядок выдачи свидетельства о смерти.

Медицинское свидетельство о смерти выдается членам семьи, родственникам умершего, уполномоченным, ответственным за проведение похорон, законному представителю умершего или другим лицам, под роспись на корешке Медицинского свидетельства.

В случае отсутствия родственников или лиц, взявших на себя обязанности по захоронению, захоронение производится муниципальными предприятиями, похоронными бюро, похоронными учреждениями иной формы собственности по представлению учреждений здравоохранения, зарегистрировавших смерть в органах ЗАГС в трехдневный срок.

Медицинское свидетельство выдается лечащим врачом – на основании наблюдений за больным, записей в медицинской документации с установлением факта, времени и механизма наступления смерти, патологоанатомом – на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия. Медицинское свидетельство о смерти на основании осмотра трупа может быть заполнено врачом, установившим смерть, при отсутствии подозрения на насильственную смерть, если умерший наблюдался, лечился по поводу известного заболевания.

Запрещается выдача врачебного свидетельства о смерти заочно, без личного установления врачом факта смерти.

Бланки Медицинских свидетельств о смерти и их корешки, сброшюрованные в книжки, хранятся у руководителя медицинской организации или его заместителя. Корешки хранятся в течение пяти лет после окончания календарного года, в котором выдано свидетельство.

Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинского свидетельства и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и они остаются в книжке бланков.

Порядок заполнения Медицинского свидетельства о смерти.

Медицинское свидетельство о смерти заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчивым почерком без сокращений и исправлений или печатается на компьютере, вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений. Любые исправления, внесенные в свидетельство, подтверждаются записью «исправленному верить», заверяются личной подписью и круглой печатью учреждения или частнопрактикующего врача. Внесение более двух исправлений в медицинское свидетельство о смерти не допускается. От правильности установления причин смерти и качества заполнения медицинского свидетельства о смерти зависит точность и достоверность статистической информации о причинах смерти.

Свидетельства о смерти выдаются с пометкой «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного», «взамен окончательного».

Заполнению подлежат все пункты свидетельства. При отсутствии тех или иных сведений следует записать «не известен», «не установлен» или ставится прочерк.

При заполнении Медицинского свидетельства: в пунктах 1-3, 5, 6, 12 делается запись в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего (ей);

в пункте 1 указывается фамилия, имя, отчество (у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет – на основании свидетельства о рождении).

в пункте 2 указывается пол – мужской или женский;

в пункте 3 указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961).

в пункт 4 из первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего (ей) (число, месяц, год, например, 05.12.2007);

в пункт 5 «Место постоянного жительства (регистрации) умершего (ей)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации;

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;

в пункте 10 указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок – доношенным (при сроке беременности 37-41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переносным (42 полные недели и более);

в пункте 11 записываются сведения о 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). Все сведения для заполнения пунктов 10 и 11 берутся из соответствующей 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.

пункт 13 «Образование» и пункт 14 «Занятость» заполняется со слов родственников в соответствии с Общероссийским классификатором занятий, утвержденным постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. N 298.

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 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,

отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти;

При заполнении пункта 19 «Причины смерти» из заключительного диагноза 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, приведших к смерти; обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

В каждом подпункте указывается только одна причина смерти с заполнением строки подпункта а),

строки подпунктов а) и б)
или строки подпунктов а), б) и в).

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

Заполнение части I пункта 19 Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: основное заболевание заносится, как правило, в строку подпункта в). Затем выбирается 1-2 осложнения, из которых составляют «логическую последовательность» и записывают их на строках подпунктов а) и б). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. В каждой строке должно быть записано только одно заболевание (патологический процесс). Строки заполняются сверху вниз без пропусков.

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

В Часть II пункта 19 включает прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть). В данной части также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

В Медицинском свидетельстве кодируют все записанные заболевания (состояния), включая раздел II. По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин. 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 следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

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 случае акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом. В случае смерти беременной, роженицы или родильницы, в результате существовавшей прежде у нее болезни, или болезни, возникшей в период беременности, не связанной непосредственно с акушерской причиной, запись о беременности и ее сроке вписывается в части 2. В медицинском свидетельстве о смерти на умершую беременную, роженицу или родильницу обводят цифру 1-материнская смерть или цифру 2-поздняя материнская смерть. Во всех случаях смерти женщин в послеродовом периоде в пределах 42 дней после родов в части 2 делается запись: послеродовый период ... день.

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности в течение 42 дней после ее окончания от какой либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая. **Поздняя материнская смерть** определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но не более чем через 1 год после 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 частнопрактикующим 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 (далее – Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства. Корешок подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

В пункте 14 Корешка «Фамилия, имя, отчество получателя» указывается фамилия, имя, отчество получателя Медицинского свидетельства. Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского свидетельства (серия, номер, кем выдан), дата получения Медицинского свидетельства и ставится подпись получателя.

Паспортная часть свидетельства о смерти заполняется на основании документа, удостоверяющего личность. В исключительных случаях, если у умершего отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет соответствующие пункты со слов родственников, о чем делается соответствующая запись в правом верхнем углу свидетельства, заверенная подписью руководителя и круглой печатью учреждения.

Порядок заполнения Медицинского свидетельства о перинатальной смерти:

Критериями для заполнения медицинского свидетельства на мертворожденных и живорожденных, умерших в первые 168 часов жизни являются: а) масса тела при рождении – 1000 г и более, включая новорожденных с массой тела менее 1000г при многоплодных родах; новорожденных с массой тела от 500г до 999г, если они прожили более 168 часов после рождения (7 полных суток жизни).

б) срок беременности – 28 недель и более;

в) длина тела от вершины темени до пяток – 35 см и более. В случае если масса тела при рождении неизвестна, необходимо учитывать срок беременности (28 недель и более); если неизвестна масса и срок беременности, то учитывают длину тела (35 см и более).

Медицинское свидетельство выдается в случаях, когда произошла антенатальная смерть (смерть плода во время беременности, до начала родов) одного из плодов при многоплодной беременности на ранних ее сроках, и масса плода менее 1000 г, а роды произошли при сроке беременности 28 недель 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. На каждый случай мертворождения заполняется 1 Медицинское свидетельство.

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

В соответствии с пунктом 4 статьи 20 Федерального закона заявление в органы ЗАГС о мертворождении и смерти ребенка, умершего в первые 168 часов жизни, должно быть сделано не позднее чем через три дня со дня установления факта мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни.

Регистрация в органах ЗАГС мертворожденных и детей, умерших до 7 полных суток жизни, производится в течение трех дней: медицинской организацией, в которой произошел случай мертворождения или смерти ребенка в первые 168 часов жизни; при родах, принятых на дому – медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой принимал роды или констатировал смерть новорожденного, и частнопрактикующим врачом; при смерти ребенка в первые 168 часов жизни на дому – медицинской организацией, врач (фельдшер, акушерка) которой оказывал медицинскую помощь новорожденному и установил его смерть на дому, или частнопрактикующим врачом; в случаях судебно-медицинского исследования – бюро судебно-медицинской экспертизы.

Во всех остальных случаях, когда Медицинское свидетельство не может быть выдано, регистрация в органах ЗАГС производится в судебном порядке.

в пункте 1 «Роды мертвым плодом» указывается дата мертворождения – число, месяц, год, а также время – часы, минуты (например, 20.07.2007; 14.30);

в пункте 2 «Ребенок родился живым» указывается дата рождения живого ребенка, а затем дата его смерти. При этом указывается число, месяц, год, а также часы, минуты рождения и смерти;

в пункте 3 «Смерть наступила» делается отметка в позиции, указывающей, когда наступила смерть: до начала родов (1), во время родов (2), после родов (3) или в неизвестный период (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, а фамилия, имя, отчество несовершеннолетней матери, не достигшей возраста четырнадцати лет, – на основании свидетельства о ее рождении. При отсутствии документа, удостоверяющего личность здесь и далее, делается запись «неизвестно». Если нет сведений, делается запись «неизвестно».

в пункте 5 «Дата рождения» указывается число, месяц, год – на основании данных, содержащихся в документе, удостоверяющем личность матери (например, 20.07.1977). Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки.

в пункт 6 «Место постоянного жительства (регистрации)» вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность.

в пункте 7 «Местность» указывают принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

в пункте 8 «Семейное положение» указывается, состоит ли женщина или нет в зарегистрированном браке

пункт 9 «Образование» и пункт 10 «Занятость» заполняется со слов матери.

в пункт 11 «Которые по счету роды» включаются сведения (с учетом мертворождений), которые берутся 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;

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

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

в пункте 14 «Местность» указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

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

в пункте 16 «Пол» делается отметка: «мальчик» или «девочка»;

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

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

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»;

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

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

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

в пункте 23 «Причины перинатальной смерти» делается запись как причин смерти плода или новорожденного, так и патологии со стороны материнского организма, оказавшего на него неблагоприятное воздействие. Запись причин

перинатальной смерти производится на строках подпунктов а) — д) с указанием болезни или патологических состояний 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). Под «основным» подразумевается заболевание (состояние), которое, по мнению лица, заполняющего Медицинское свидетельство, 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) следует записывать болезни или состояния матери, которые оказали 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, способствовавших смерти, но которые 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.

Для кодирования заболеваний (состояний) мертворожденного, или родившегося живым и умершего до 7 полных суток жизни ребенка, записанных на строке подпункта а), в большинстве случаев нужно использовать рубрики R05-R96 (Перинатальные состояния) или Q00-Q99 «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», но можно использовать любые другие рубрики, кроме R00-R04 «Поражения плода

и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения».

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 P00-P04; эти рубрики нельзя использовать для кодирования заболеваний (состояний), записанных на строке подпункта а).

Для кодирования внешних причин при травмах и отравлениях используются коды XX класса МКБ-10, указывающиеся на строке подпункта д).

«Смерть плода по неуточненной причине» кодируется P95;

«Смерть новорожденного» P96.8;

«Смерть от неуточненного состояния, возникшего в перинатальном периоде» P96.9.

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 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);

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;

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 частнопрактикующим 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.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Основные принципы сличения окончательного клинического и патологоанатомического диагнозов.
2. Что относится к объективным причинам расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов?
3. Что относится к субъективным причинам расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов?
4. Принципы деятельности комиссий по изучению летальных исходов.
5. Принципы деятельности лечебно-контрольных комиссий.
6. Принципы деятельности клинико-анатомических конференций.
7. Порядок выдачи медицинского свидетельства о смерти
8. Правила заполнения медицинского свидетельства о смерти.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ОБЪЕКТИВНОЙ ПРИЧНОЙ РАСХОЖДЕНИЯ ДИАГНОЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) отсутствие рентгенологического кабинета
 - 2) пребывание в стационаре до 24 часов
 - 3) пребывание в стационаре до 48 часов
 - 4) кратковременность пребывания больного в стационаре
2. НА КОМИССИЯХ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПОДЛЕЖАТ РАЗБОРУ
 - 1) все случаи летальных исходов
 - 2) ятрогении
 - 3) сложные для диагностики случаи
 - 4) случаи системных ошибок диагностики
3. НА ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНЫХ КОМИССИЯХ ПОДЛЕЖАТ РАЗБОРУ
 - 1) все случаи летальных исходов
 - 2) ятрогении
 - 3) сложные для диагностики случаи
 - 4) случаи системных ошибок диагностики
4. НА КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЯХ ПОДЛЕЖАТ РАЗБОРУ
 - 1) все случаи летальных исходов
 - 2) ятрогении
 - 3) сложные для диагностики случаи
 - 4) случаи системных ошибок диагностики

5. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ВЫДАЕТСЯ

- 1) членам семьи
- 2) родственникам умершего
- 3) лечащему врачу
- 4) ответственным за проведение похорон

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. После разбора случая летального исхода на комиссии по изучению летальных исходов клиническая сторона и патологоанатом не пришли к общему мнению. Определить дальнейшую тактику.
2. В хирургическом стационаре наблюдались систематически повторяющиеся ошибки в диагностике послеоперационных тромбоэмболических осложнений. Указать, на каком уровне должна обсуждаться подобная ситуация.
3. Спустя трое суток после проведения вскрытия так и не были обнаружены родственники или лица, взявшие на себя обязанности по захоронению умершего. Определить дальнейшие действия по захоронению.
4. Провести анализ клинического диагноза. Основное заболевание: Острая язва желудка. Перфорация язвы. Фоновое: Хронический бронхит. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. Осложнение: Разлитой фибринозный перитонит. Сопутствующее: Системная красная волчанка высокой степени активности. Состояние после гормонотерапии.
5. Провести анализ структуры клинического диагноза: Основное заболевание: Атеросклероз аорты, артерий головного мозга, коронарных артерий. Осложнение: Постинфарктная киста правой затылочной доли головного мозга. Очаговая серозная пневмония.

Занятие № 3. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО И БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Цель занятия: В результате изучения темы студент должен усвоить правила взятия, фиксации и оформления направления на гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

Биопсия (от греческого *bios* – жизнь и *opsis*- зрительное восприятие) – 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:

- 1) Прижизненное подтверждение и уточнение клинического диагноза.
- 2) Установление диагноза в клинически неясных случаях.

- 3) Определение стадии, этиологии, распространенности процесса.
- 4) Позволяет выбрать метод лечения, оценить своевременность и объем операции.
- 5) Позволяет судить о радикальности операции
- 6) При повторных биопсиях позволяет судить о динамике заболевания, изменениях, возникающих в тканях под влиянием лечения.

Виды биопсий:

1. 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.
 2. Эндоскопическая биопсия – взятие фрагментов ткани проводится в ходе эндоскопического обследования.
 3. Пункционная биопсия (печени, почек, молочной и предстательной железы).
 4. Исследование соскобов (полости матки и цервикального канала).
 5. Пайпель (аспирационная) биопсия эндометрия.
 6. «Случайные» биопсии – исследование фрагментов тканей, самостоятельно выделившихся у больного (при кашле, дефекации, из полости матки и т.д.).
- В зависимости от сроков ответа биопсия может быть **плановой** (заключение дается через 4-7 суток после поступления материала в отделение) и **срочной** (заключение дается через 20-30 минут).

Правила взятия биопсийного материала.

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

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

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

13. Ответственность за правильность 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 10-12% 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 Ф.И.О. больного, № истории болезни, названия отделения и ЛПУ 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.

Материал для патоморфологического исследования доставляется в ПАО (лабораторию) с «Направлением на морфологическое исследование биопсийного (операционного) материала» (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 четко указывает:

1. Дату и час взятия материала.
2. Наименование ЛПУ, отделения.
3. Ф.И.О., пол, возраст пациента.
4. Вид биопсии (в том числе первичная или вторичная, при повторной биопсии отметить номер и дату первичной биопсии).
5. Вид операции.
6. Вид и характер объектов, их маркировку.

7. Клинические данные: продолжительность заболевания, основные результаты клинико-лабораторных, рентгенологических и других методов исследования, проведенное лечение.
8. При наличии опухоли указывают точную локализацию, связь с окружающими тканями, размеры, консистенцию, темп роста, наличие участков распада и кровоизлияний, состояние региональных лимфатических узлов.
9. При подозрении на лимфопролиферативное заболевание – развернутый анализ крови, состояние печени, селезенки, лимфоузлов.
10. При направлении соскобов цервикального канала и эндометрия – характер менструального цикла, при наличии менопаузы или аменореи – их длительность; отмечают прием контрацептивов, анамнестические данные о родах, абортах, ВМС.
11. Данные предыдущих исследований (позволяют оценить динамику процесса, наличие обострения, малигнизации).
12. Развернутый клинический диагноз.
13. Ф.И.О. лечащего врача.
14. Подпись лечащего врача.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Цели и задачи гистологического и цитологического исследования.
2. Виды биопсий.
3. Правила взятия биопсийного материала.
4. Требования к правильной фиксации материала.
5. Правила маркировки материала.
6. Правила заполнения направления на гистологическое исследование.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. УНИВЕРСАЛЬНЫМ ФИКСАТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) фиксатор Лилли
 - 2) 15% раствор нейтрального формалина
 - 3) 10-12% раствор нейтрального формалина
 - 4) спирт-формалин

2. БИОПСИЙНЫЙ И ОПЕРАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ДОСТАВЛЯЕТСЯ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НЕ ПОЗДНЕЕ
 - 1) 24 часов с момента его получения
 - 2) 48 часов с момента его получения
 - 3) 1 часа с момента его получения
 - 4) 30 минут с момента его получения

3. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОТВЕТА БИОПСИЯ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) плановой
- 2) внезапной
- 3) случайной
- 4) отсроченной

4. НЕДОПУСКАЕТСЯ ЗАБОР МАТЕРИАЛА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗ

- 1) участков некроза
- 2) зон кровоизлияний
- 3) гнойного расплавления
- 4) зон атероматозного детрита

5. ОБЪЕМ ФИКСИРУЮЩЕГО РАСТВОРА ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ОБЪЕМ ФИКСИРУЕМОЙ ТКАНИ

- 1) более чем в 2-3 раза
- 2) менее чем в 2-3 раза
- 3) менее чем в 4 раза
- 4) более чем в 10 раз

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Во время операции пульмонэктомии возникло подозрение на прорастание опухолевой ткани в перикард. Был резецирован фрагмент париетального листка перикарда размером 4 мм. Назвать условия, которые необходимо выполнить в данном случае при направлении материала на патологоанатомическое исследование.
2. На кожных покровах определяется дефект размером до 4 см в диаметре с плотными приподнятыми бугристыми краями и дном, представленным распадающейся неструктурной тканью. Перечислить правила забора материала на патологоанатомическое исследование в данном случае.
3. Во время диагностической лапароскопии у больной страдающей раком яичников обнаружили очаги разрастания плотной ткани по висцеральной и париетальной брюшине. Возникла необходимость взять материал на гистологическое исследование. Назвать вид биопсии, который будет выполнен в данном случае.
4. У женщины 48 лет в верхненаружном квадранте молочной железы было обнаружено образование по клиническим и маммографическим признакам подозрительное на злокачественную опухоль. Назвать вид биопсии, который следует выполнить пациентке для верификации диагноза.
5. У девушки 18 лет одновременно удалили образования кожи шеи, щеки, правого плеча, передней брюшной стенки и левого бедра с сосочковой поверхностью, некоторые из них пигментированные. Назвать условие, которое необходимо выполнить в данном случае при направлении материала на патологоанатомическое исследование.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Организация патологоанатомической службы Российской Федерации. Положение о патологоанатомическом вскрытии. Патологоанатомический диагноз.

Номер задания	Номер ответа
1	2
2	3
3	1
4	2, 3
5	1

2. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов. Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев: комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольные комиссии, клинико-анатомические конференции. Оформление медицинского свидетельства о смерти.

Номер задания	Номер ответа
1	4
2	1
3	2,4
4	3
5	1,2,4

3. Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.

Номер задания	Номер ответа
1	3
2	1
3	1
4	1, 2, 3, 4
5	1

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Организация патологоанатомической службы Российской Федерации. Положение о патологоанатомическом вскрытии. Патологоанатомический диагноз.

1. Отделение судебно-медицинской экспертизы.
2. Патологоанатомическое отделение.
3. Отделение судебно-медицинской экспертизы.
4. Отделение судебно-медицинской экспертизы.
5. Патологоанатомическое отделение.
6. Основное заболевание: Атеросклероз брюшного отдела аорты. Осложнения: Атеросклеротическая аневризма. Разрыв аневризмы. Массивное кровотечение. Гиповолемический шок.
7. Основное заболевание: Острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. Фоновое: Гипертоническая болезнь. Осложнения: Отек легких
8. Основное заболевание: Инфаркт правого полушария головного мозга с локализацией в лобной, теменной, височной и затылочной долях. Осложнения: Отек головного мозга с вклиниванием мозжечка в большое затылочное отверстие. Фоновое: Сахарный диабет 2 типа.
9. Основное заболевание: Сахарный диабет 2 типа. Осложнение: Гипергликемическая кома.

2. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов. Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев: комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольные комиссии, клинико-анатомические конференции. Оформление медицинского свидетельства о смерти.

1. Случай будет передан для разбора на лечебно-контрольной комиссии.
2. Лечебно-контрольная комиссия.
3. Захоронение производится муниципальными предприятиями, похоронными бюро, похоронными учреждениями иной формы собственности по представлению учреждений здравоохранения, зарегистрировавших смерть в органах ЗАГС в трехдневный срок.
4. Случай рассматривается как расхождение диагнозов – выставленная в качестве основного заболевания острая язва желудка не является нозологической формой.
5. Случай рассматривается как расхождение диагнозов – выставленный в качестве основного заболевания атеросклероз аорты, артерий головного мозга, коронарных артерий, должен быть разделен на клинико-анатомические формы, в зависимости от вклада в танатогенез.

3. Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.

1. Прошить по периферии подозрительные на прорастание участки нитью контрастного цвета и сделать об этом отметку в направлении на исследование.
2. Материал на исследование следует брать из краев дефекта в зоне уплотнения.
3. Эндоскопическая.
4. Пункционная.
5. Обязательная маркировка материала с помещением каждого из образований в отдельную посуду с детальным указанием маркировки в направлении на патологоанатомическое исследование.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Пальцев М.А. Патологическая анатомия [Текст]: в 2-х томах: учебник для студентов медицинских вузов / М.А. Пальцев, Н.М. Аничков. - М.: Медицина, 2005 – Том 1: Общий курс. – 2005. – 304 с.

Дополнительная литература:

1. Руководство к практическим занятиям по патологии [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» / под ред.: М.А. Пальцева. – М.: Медицина, 2006. – 392 с.

2. Пальцев М.А. Руководство по биопсийно-секционному курсу [Текст]: Учебное пособие / М.А. Пальцев, В.Л. Коваленко, Н.М. Аничков. – М.: Медицина. – 2002. – 256 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Занятие № 1. Организация патологоанатомической службы Российской Федерации. Положение о патологоанатомическом вскрытии. Патологоанатомический диагноз.	3
Занятие № 2. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов. Формы комиссионного клинико-анатомического разбора случаев: комиссии по изучению летальных исходов, лечебно-контрольные комиссии, клинико-анатомические конференции. Оформление медицинского свидетельства о смерти	13
Занятие № 3. Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.....	28
ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	33
ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	34
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	36

Учебное издание

Авторы:

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

КЛИНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

СЕКЦИОННО-БИОПСИЙНЫЙ КУРС

Отпечатано в авторской редакции

Редакционно-издательский отдел СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 10.09. 2014 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times». Печ. лист. 2,12
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2