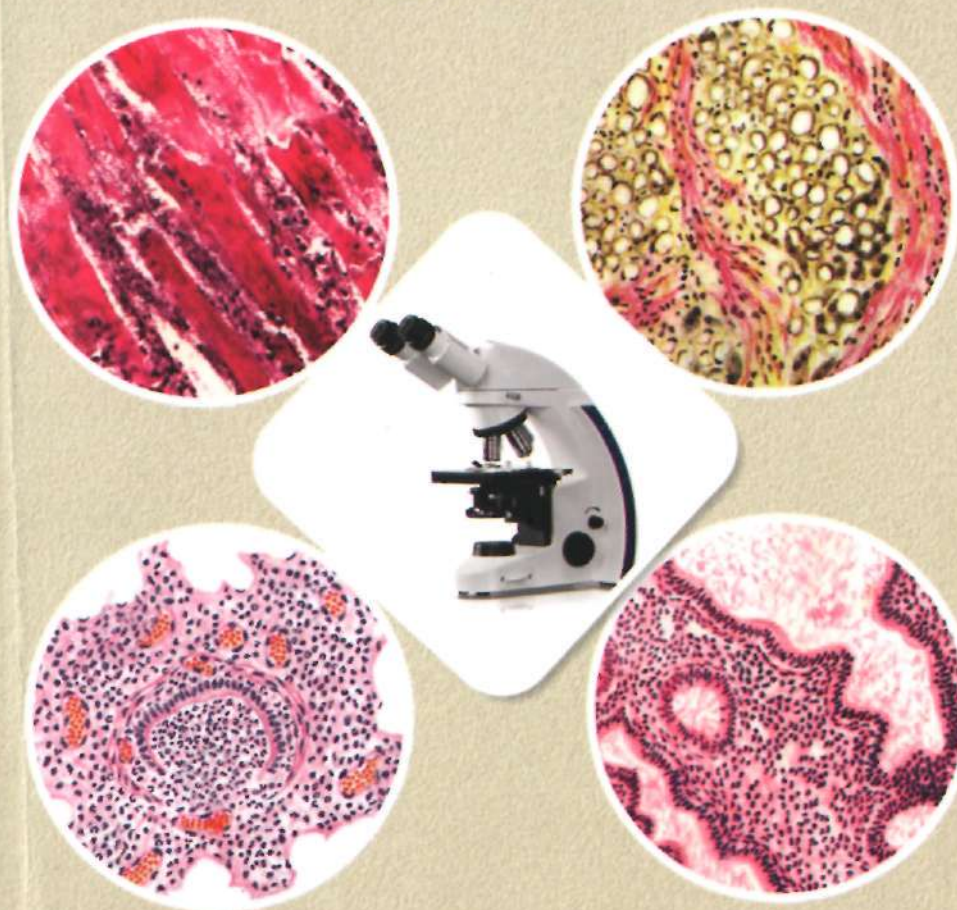


Б.А. Магруппов, Х.З. Турсунов, Р.И. Исраилов

СЕКЦИОННЫЙ КУРС



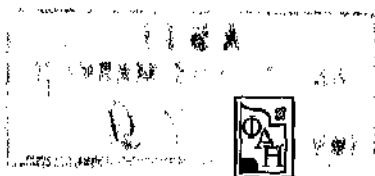
МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Б.А. МАГРУПОВ, Х.З. ТУРСУНОВ, Р.И. ИСРАИЛОВ

СЕКЦИОННЫЙ КУРС

Рекомендован Министерством высшего и среднего специального образования и Министерством здравоохранения Республики Узбекистан в качестве учебника по предмету «Патологическая анатомия. Секционный курс» для направлений образования 5510100 – «Лечебное дело» и 5111000 – «Медико-педагогическое образование»



Издательство «Фан»
Академии наук Республики Узбекистан
Ташкент – 2016

УДК 615.099.091(075.8)
ББК 52.5я73
М 12

Данный учебник состоит из 10 глав, списка рекомендуемой литературы и приложений. В нем приводятся данные о патологоанатомической службе – ее значении, структуре, методах исследования (аутопсия и биопсия). Особое внимание уделяется классификации и номенклатуре болезней (МКБ-10), построению диагноза и клинико-анатомическому анализу, а также порядку заполнения медицинской документации в патологоанатомических учреждениях.

Учебник предназначен для студентов бакалавриатуры 6-курса лечебного, медико-педагогического факультетов медицинских ВУЗов. Также может быть полезен для магистров, клинических ординаторов, патологоанатомов и клиницистов.

This textbook consists of 10 chapters, list of recommended literature and applications. It provides data on pathologic anatomy service - its significance, structure, methods of investigation (autopsy and biopsy). Special attention is paid to the classification and nomenclature of diseases (ICD-10), to the construction of diagnosis and clinical and anatomical analysis, as well as the order of filling of medical records in pathology institutions.

The textbook is designed for students of bachelor 6-year medical, medical and pedagogical faculties of medical schools. It may also be useful for masters, clinical residents, pathologists and clinicians.

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор Т.А.Сагатов
доктор медицинских наук, профессор Н.Г. Гулямов



ISBN 978-9943-19-384-0

©Б.А.Магруппов, Х.З.Турсунов, Р.И.Исраилов, 2016 г.

©Ташкентская медицинская академия, 2016 г.

©Издательство «Фан» АН РУз, 2016 г.

Введение

Патологическая анатомия с каждым годом приобретает все большее значение для клинических дисциплин, т.к. они немаловажны без морфологического осмысления. В основе каждого заболевания лежат определенные структурные изменения в органах и тканях человека. Установление этих изменений, понимание механизмов расстройства здоровья при различных заболеваниях необходимо каждому грамотному врачу. Вместе с тем, индивидуальные особенности, компенсаторно-приспособительные реакции, наложение одних поражений на другие, применение современных лекарственных препаратов в значительной степени затрудняют диагностику, нередко приводят к диагностическим ошибкам.

Определенные трудности возникают и в деле конструкции диагноза, определении основного заболевания, его осложнений и сопутствующих болезней.

Достижения современной морфологии, возможность прижизненного исследования практически любого органа, еще более повышают роль патологической анатомии.

Обучению студентов методам клинико-анатомического анализа результатов аутопсийного и биопсийного исследования, привитие им умения использовать эти знания для улучшения лечебно-диагностической работы, призван служить секционный курс.

Глоссарий

- Аутопсия – исследование трупа умершего больного
- Биопсия – прижизненное взятие кусочков ткани, органа с последующим гистологическим исследованием
- ПАС – патологоанатомическая служба
- ЛКК – лечебно-контрольная комиссия
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- МКБ-10 – Международная классификация болезней
- ОПАБ – областное патологоанатомическое бюро
- РПАБ – республиканское патологоанатомическое бюро
- КАК – клинико-анатомическая конференция
- ЯП – ятрогенная патология

Глава 1.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

Патологическая анатомия, являясь одной из важнейших дисциплин в системе медицинской образования и в практической деятельности врача любой специальности, зародилась в Узбекистане лишь после создания Туркестанского государственного университета.

Первым организационным и научно-педагогическим центром патологической анатомии, как науки, так и практического раздела, явилась кафедра патологической анатомии медицинского факультета Туркестанского государственного университета.

О начале работы кафедры документов сохранилось мало. Практически не осталось и очевидцев становления медицинского факультета, в памяти которых запечатлились события, лица и их дела более чем полувековой давности.

В апреле 1920 г. из Москвы прибыл первый эшелон преподавателей для организации медицинского факультета университета. Избранный на должность заведующего кафедрой профессор И.В.Давыдовский не приехал в Ташкент, и 15.VI.1920 г. Ученый Совет факультета поручил профессору общей патологии В.В.Василевскому исполнять по совместительству обязанности заведующего кафедрой патологической анатомии.

Практические занятия со студентами 3-го курса проводились по готовым коллекциям, привезенным из Москвы.



Проф. В.В.Василевский

Схемы рисовали на доске окрашенными самодельными мелками. Было 7 учебных микроскопов для студентов и один – для преподавателей. За отсутствием музейной посуды для демонстрации на лекциях пользовались формалиновыми препаратами из двух общих аккумуляторных банок. Гистологические исследования секционного материала почти не проводилось из-за недостатка лабораторного оснащения. Редкие биопсии смотрел профессор.

Начало 20-х годов было временем кипучей деятельности приехавших из Москвы ученых. Тяжелое наследие гражданской войны и интервенции, тифы, кишечные инфекции, малоизученные и почти неизвестные формы заболеваний, проблемы их диагностики и лечения, выяснение этиологии и патогенеза – вот что занимало умы ученых-клиницистов и теоретиков того времени. В этот период впервые были обнаружены в Средней Азии спру, мальтийская лихорадка, пеллагра, лейшманиоз, колиты. Появляются большие возможности для всестороннего изучения заболеваемости населения и уточнения сущности так называемых тропических болезней.

Получив в 1924 г. достаточное по тому времени оборудование, кафедра патологической анатомии начинает совместно с клиническими кафедрами исследование важнейших краевых болезней.

С 1930 г. заведующим кафедрой патологической анатомии медицинского факультета уже Средне-Азиатского государственного университета избирается Г.Н.Терехов. За 50 лет своей научно-педагогической деятельности им опубликовано свыше 50 работ, в том числе монографии по висцеральному лейшманиозу и геморрагической лихорадке в Узбекистане.



Проф. Г.Н.Терехов

Им подготовлено 5 докторов и 15 кандидатов медицинских наук. Его работы по язвенным колитам, спру, висцеральному лейшманиозу, пеллагре, бруцеллезу, токсическому гепатиту с асцитом, геморрагической лихорадке значительно обогатили отечественную патологическую анатомию. Г.Н.Терехов внес большой вклад в развитие патологической анатомии в республике.

В 1930-е годы на кафедре начинают работать И.П.Реук, А.И.Магруппов,

Т.Г.Терехова, Т.А.Сирота, А.А.Смирнов, Р.И.Данилова, С.Алимбек. В этот период научные исследования сотрудников кафедры получили широкое развитие. К концу 1936 г. выходит в свет монографическая работа 2-й терапевтической клиники, подытожившая результаты клинического и патоморфологического изучения гелиотропией токсической дистрофии печени. Основные черты патоморфологии этого заболевания были описаны Г.Н.Тереховым и его сотрудниками Л.И.Платоновой, В.А.Павловой. В 1935 г. на базе медицинского факультета САГУ создается Ташкентский государственный медицинский институт.

В 1939 г. в одном из районов Андижанской области вспыхивает неизвестная врачам микроэпидемия своеобразной геморрагической лихорадки с частыми смертельными исходами. Наркомздрав республики формирует специальную экспедицию для изучения этой болезни, куда входят Г.Н.Терехов, А.И.Магруппов.

В период войны 1941–1945 гг. сотрудники кафедры Т.Г.Терехова, Р.И.Данилова, А.А.Смирнов, А.И.Магруппов, А.А.Тадэ-Хоросанян, М.А.Арефьева, М.С.Калягина изучали вопросы патоморфологии раневых остеомиелитов, изменения мышц при длительно незаживающих ранах, вопросы раневого истощения, влияние лечебной физкультуры на течение травматических поражений мышц и суставов. В эти же годы вспыхивает своеобразная эпидемия энцефалита. В состав комплексной комиссии по изучению этнологии, патогенеза и патологической анатомии заболевания входят сотрудники кафедры Т.А.Сирота и А.И.Магруппов.

В том же районе среди конского поголовья вспыхивает эпидемия так называемого суйлока лошадей. Вымираемость поголовья, поражаемость, кроме лошадей, и других домашних животных привлекли внимание ученых. Была создана специальная комиссия на месте с экспериментальным воспроизведением суйлока в Ташкенте. А.И.Магруппов и К.Н.Долинская изучали его патологическую анатомию.

В первые послевоенные годы кафедра пополняется новыми сотрудниками. В 1945 г. ассистентами кафедры назначаются демобилизованные военные прозектора Т.Н.Баранова, О.Г.Терехов, А.А.Куликов. В аспирантуру зачисляется демобилизованный из армии Э.С.Касымходжаев (1946 г.). На должность ассистента кафедры переводится аспирант Я.О.Ольшанский.

В этот период появляются диссертационные работы. В основном это исследования роли аргиروفильных структур и нервов в развитии патологических процессов при различных заболеваниях: В.А.Алимовым (1953) – при аштендицитах; В.А.Павловой (1948) в мягких тканях нижних конечностей при ранениях; Я.О.Ольшанским (1950) – в легких при пневмониях; Т.Н.Барановой (1952) – в матке при эрозиях шейки матки; Э.С.Касымходжаевым (1965) – в брюшине при асцитах и перитонитах.

Пятидесятые годы были годами развития химии и использования химических удобрений в сельском хозяйстве. Гигиенисты и токсикологи, физиологи и патологоанатомы приступили к изучению воздействия различных гербицидов и дефолиантов на организм. Эти работы, проводимые совместно с сотрудниками кафедры гигиены труда, Институтом санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний, позволили выяснить возможность применения тех или иных ядохимикатов, разработать инструкции по их практическому использованию.

Вспышка полиомиелита в конце 1959 г. в Ташкенте позволила сотрудникам кафедры А.И.Магруппову, Э.С.Касымходжаеву, В.А.Алимову на секционном материале изучить патологическую анатомию полиомиелита и обобщить полученные результаты в монографии «Патологическая анатомия полиомиелита».

В 1960–1965 гг. на кафедре проводилась разработка проблемы атеросклероза (Г.Н.Терехов, А.И.Магруппов, К.Н.Долинская, В.А.Алимов, Э.С.Касымходжаев, В.А.Павлова, М.А.Платонова, А.А.Куликов, А.К.Кулисонова, Е.А.Пригожин, Э.Б.Сирота, С.И.Арифханова).

Уже в те годы сотрудники кафедры обращали особое внимание обучению на узбекском языке. В 1963 г. проф. А.И.Магруппов и доц. К.Н.Долинская подготавливают «Руководство к практическим занятиям по общей патологической анатомии», в 1964 г. проф. А.И.Магруппов и доц. В.А.Алимов осуществляют перевод учебника А.И.Абрикосова и А.И.Струкова «Патологическая анатомия» на узбекский язык, в 1965 г. проф. А.И.Магруппов готовит «Руководство к практическим занятиям по частной патологической анатомии».

В 1966 г. профессор Г.Н.Терехов, возглавлявший кафедру более 30 лет, переходит на должность консультанта кафедры, а доцент

П.Д.Туляганов, прибывший из Андижана, назначается исполняющим обязанности заведующего кафедрой.

К 1967 г. завершается строительство морфологического корпуса института с предусмотренной в подвальном помещении прозектурой. В этом новом здании кафедра получила 720 м² площади в левой половине 4-го этажа морфологического корпуса и 3 комнаты на 5-м этаже. В этот период доц. П.Д.Туляганов уделяет много внимания разработке системы программированного обучения студентов 3-го курса и продолжает исследования по желудочно-кишечной патологии.



Проф. П.Д.Туляганов

В марте 1969 г. по конкурсу на должность заведующей кафедрой патологической анатомии избирается ученица академика АМН СССР А.П.Авцына, доктор медицинских наук, профессор М.С.Абдуллаходжаева.

При содействии ректората кафедра оснащается новой аппаратурой и учебной мебелью, получает необходимые химикаты и музейную посуду.

Кафедра получает новую базу – прозектуру Клинической больницы УзМинздрава для проведения секционного курса. База оснащается необходимым учебным инвентарем и учебным макромюзеем.

К сентябрю 1969 г. на кафедре организуется лаборатория гистохимии, в 1970 г. – лаборатория электронной микроскопии. Инженерную группу этой лаборатории возглавил инженер-физик С.Разыков. В 1978 г. на кафедре начинает функционировать лаборатория цитологии для внедрения патоморфологической диагностики. Ее первые сотрудники – стажер Р.М.Шефталович и старший лаборант Т.А.Абаева.

Таким образом, патологоанатомы кафедры получили возможность в своих



Проф.
М.С.Абдуллаходжаева

исследованиях использовать современные методы морфологии – гистохимические и электронно-микроскопические, перейти от анатомического метода исследования к субмикроскопическому. Продолжая исследования, начатые в Андижанском медицинском институте, П.Д.Туляганов завершает работу на тему «Патоморфологические изменения внутренних органов и головного мозга при токсикозах кишечного происхождения» и представляет ее в 1970 г. на соискание ученой степени доктора медицинских наук. К 1970 г. доц. В.А.Алимов завершает докторскую диссертацию на тему «Патологическая анатомия и морфогенез эпидемического гепатита и его исходов».

В течение этого периода научные исследования кафедры ведутся по следующим основным проблемам:

– патология желудочно-кишечного тракта (П.Д.Туляганов, Р.А.Ашрапова, Д.Т.Ташбаев);

– бластомогенез, реактивные и компенсаторно-приспособительные процессы в центральной нервной системе (М.С.Абдуллаходжаева, Г.А.Полякова, Я.Ю.Утепов, С.Разыков, Т.К.Ибрагимов, И.Эрназаров);

– морфология тканевой несовместимости и осложнений, связанных с иммуносупрессивной терапией (М.С.Абдуллаходжаева, Г.А.Полякова, Е.А.Пригожин, Н.В.Елецкая, Д.И.Салимов, Т.А.Абаева, Б.А.Магруппов, Б.А.Шукуров, Ш.Г.Ибрагимов, Р.И.Исраилов, И.Умиров, Х.З.Турсунов, Э.И.Журавлева).

Сотрудники кафедры в тесном контакте с клиницистами разрабатывают также вопросы патологической анатомии кардиопатий, основных заболеваний центральной нервной системы, острых инфекционных заболеваний, географической патологии, интоксикации пестицидами, магнитобиологии.

Кафедра патологической анатомии является центром научных исследований более чем 30 медицинских учреждений различных городов Узбекистана и других республик Средней Азии и Казахстана. Научные исследования кафедра проводит совместно с клиническими кафедрами ТашГосМИ, Институтом биоорганической химии АН Уз, институтом лекарственных растений, Киргизским институтом охраны материнства и младенчества, институтом экспериментальной медицины, ЦНИЛ Ростовского медицинского института, кафедрой патологической анатомии Самаркандского медицинского института. С 1978 г. начаты совместные научные ис-

следования с институтом патологии Будапештского медицинского университета им. Земмельвейса с обменом научными сотрудниками по проблеме «Трансплантация органов и тканей». За этот период сотрудниками кафедры опубликовано более 900 статей, в том числе 16 монографий, защищено 8 докторских и 61 кандидатская диссертация, издано 8 тематических сборников, сделано более 80 научных сообщений на 32 съездах и 8 международных конгрессах, симпозиумах в США, Италии, Бельгии, Румынии, Болгарии, Югославии, в том числе на Международном конгрессе анатомов, гистологов и эмбриологов, геронтологов, онкологов, на Международном симпозиуме по лимбической системе и т.д.

Большая работа проводилась и по подготовке научных и педагогических кадров. В период работы проф. М.С.Абдуллаходжаевой зав. кафедрой под ее руководством защищено 5 докторских и 48 кандидатских диссертаций, в том числе врачами из разных городов республик Средней Азии и Казахстана, а также из Египта, Непала, Йемена. Через клиническую ординатуру подготовлено 20 врачей, аспирантуру – 15.

В 1970–1990 гг. на кафедре работали проф. М.С.Абдуллаходжаева, доценты П.Д.Туляганов, Е.А.Пригожин, Г.А.Полякова, Я.Ю.Утепов, Б.А.Магруппов, кандидаты медицинских наук М.Т.Акбарова, И.М.Байбеков, В.М.Ворожейкин, С.А.Гамиянц, Н.В.Елецкая, Ю.Л.Лемешев, Э.И.Журавлева, Л.И.Плагонова, Э.Б.Сирота, Д.И.Салимов, Г.К.Садыкова, И.Э.Эрназаров, В.А.Хорошаев, ассистенты А.А.Куликов, З.Г.Леонова, А.Г.Пугасов, Д.З.Досмухамедова, О.А.Мухина, Е.А.Сологуб, С.М.Савичева, Р.И.Исраилов, Р.А.Ташматов, клинические ординаторы Х.З.Турсунов, Л.А.Пак, И.Т.Умиров, А.М.Дауреханов, Т.Болкунова, Г.С.Карабаева.

Сотрудники кафедры в эти годы проводят также большую учебно-методическую работу. Введен машинный программированный контроль, разработаны методические пособия по всем вопросам общей и частной патологической анатомии, а также по секционному курсу. Кафедра располагала современной для того времени базой для проведения практических занятий для студентов 3-го курса лечебного факультета и секционного курса в Республиканском патологоанатомическом центре.

В этот период изданы учебные пособия, в том числе: «Краткое руководство по секционному курсу» (П.Д.Туляганов, 1959, 1970),

«Патологическая анатомия некоторых заболеваний стран Азии и Африки» – для студентов из зарубежных стран (М.С.Абдуллаходжаева, Г.А.Полякова, 1979); «Учебно-методическое пособие по клинической анатомии» (Я.Ю.Утепов, 1980); «Эпидемиология и патологическая анатомия инфекционных заболеваний стран с жарким климатом» для иностранных студентов (М.С.Абдуллаходжаева, М.К.Шаринов, Г.А.Полякова, 1981) и «Атлас патологической анатомии болезней зубо-челюстной системы и органов полости рта» (М.С.Абуллаходжаева, М.Т.Акбарова, 1981). На межвузовских и республиканских учебно-методических конференциях сотрудниками кафедры сделано свыше 40 докладов по вопросам оптимизации и совершенствования учебного процесса, из них 30 сообщений опубликовано. В 1973 г. проф. М.С.Абдуллаходжаевой и проф. Н.Х.Абдуллаевым осуществлен перевод учебника А.И.Струкова «Патологическая анатомия» на узбекский язык для студентов 3-го курса медицинских институтов.

Кафедра проводила большую консультативную и шефскую работу в республике, принимала активное участие в дальнейшем развитии патологоанатомической службы. В этот период (начиная с 1988 г.) были организованы Республиканский патологоанатомический центр, областные и городские патологоанатомические бюро, что сыграло положительную роль в дальнейшем развитии и укреплении патологоанатомической службы республики.

С 1972 г. кафедра была базой для прохождения интернатуры по патологической анатомии. За период 1971–1990 гг. подготовлено более 80 врачей-патологоанатомов. Сотрудники кафедры проводили 3-месячные курсы для лаборантов по патогистологической технике и за 3 года подготовили 69 лаборантов-гистологов для работы в лабораториях прозектур. Они принимали активное участие в проведении семинаров по актуальным проблемам патологической анатомии для практических врачей республики.

В 1990 г. доцент Г.А.Полякова успешно защищает докторскую диссертацию на тему: «Патологическая анатомия эндокринных желез в процессе развития трансплантационного иммунитета» и переходит на должность профессора кафедры. В 1990 г. на базе Ташкентского государственного медицинского института создаются два ВУЗа – Первый и Второй ТашГосМИ.

После разделения Ташкентского государственного медицинского института на Первый и Второй, заведование кафедрой патологической анатомии Первого ТашГосМИ было возложено на доцента Я.Ю.Утепова.

В этот период на кафедре работали П.Д.Туляганов, И.Э.Эрназаров, Э.И.Журавлева, С.А.Гамиянц, О.А.Мухина, А.Г.Пугасов, Д.Д.Артыков, Н.Г.Дадамьянц, Х.Д.Баймурадов, Ю.Клепов, М.Х.Юляхшиев, А.Иргашев, А.А.Курбанов, Р.Собиров, К.М.Ибрагимова. Основным научным направлением кафедры было изучение эпидемиологии и патологической анатомии важнейших заболеваний. Были выпущены лекции и методические пособия для студентов 3 курса лечебного и стоматологического факультетов.

В 1992 году после защиты докторской диссертации доц. Б.А.Магрупов становится заведующим секционнно-биопсийным курсом на базе патологоанатомического отделения Клинической больницы УзМинздрава при кафедре патологической анатомии 1-ТашГосМИ. На курсе работали профессора В.А.Хорошаев, В.М.Ворожейкин, доц. Д.Д.Артыков, ст. преподаватель О.А.Мухина, ассистенты Ю.И.Бойко, Т.Х.Мусаханов, Ю.Кандинова, Г.А.Мирзахмедова, Р.Ш.Мавлянходжаев, затем на курс переходит доцент Э.И.Журавлева. За это время были подготовлены и изданы учебно-методические пособия для студентов лечебного и стоматологического факультетов по секционнно-биопсийному курсу на узбекском и русском языках.

В 1997 г. на должность заведующего кафедрой избирается проф. Б.А.Магрупов.

На кафедре в полной мере сохраняются традиции в научной, практической работе и подготовке кадров. В этот период време-



Проф. Г.А.Полякова



Проф. Я.Ю.Утепов



Проф. Б.А.Магрупов

ни сотрудники кафедры разрабатывают вопросы морфологии и морфогенеза невусов и меланом (Э.З.Ступина), почек при нефротическом синдроме (Б.А.Магрупов, Б.А.Аллобердиев), печени у детей с синдромом портальной гипертензии при реконструктивных операциях на сосудах (Б.А.Магрупов, Х.Д.Баймурадов), плаценты при сифилисе (З.А.Паршиев, Г.Д.Реймназарова) и др. Защищены 5 кандидатских диссертаций (Х.Д.Баймурадов, Д.С.Ярмухамедова, Э.З.Ступина, Б.А.Аллобердиев, З.А.Паршиев).

Клиническую ординатуру по патологической анатомии в это время закончили Г.Аминов, Н.Саркисова. В 2003 г. на кафедре открывается магистратура по патологической анатомии, которую в 2006 г. завершает О.А.Раджапов, в 2007 – М.Х.Умаров.

С 2003 по 2010 гг. проф. Б.А.Магрупов работал зам. генерально-го директора Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, одновременно возглавляя кафедру. В этот период на кафедре работали ассистентами Х.Т.Исхакова, Н.У.Халиков, Г.Ф.Хабирова, Т.А.Вервскина, В.У.Убайдуллаева, Ш.Э.Юнусова, стажером-исследователем, а затем ассистентом – О.Т.Хван. На базе патологоанатомического отделения РНЦЭМП открывается клиническая ординатура по патологической анатомии, которую за эти годы завершили Б.Р.Мамиров, С.Кап, А.С.Мингбаев, Д.А.Абдуллаева, Ж.Ж.Жалилов.

Сотрудники кафедры ведут большую организационную работу. Б.А.Магрупов является членом редакционной коллегии журналов «Новости акушерства, гинекологии, дерматологии и венерологии», «Кардиология», «Doktor axborotnomas», «Laborator medicine», «Вестник экстренной медицины», членом правления Международного союза ассоциаций патологоанатомов, членом президиума правления Узбекской ассоциации патологоанатомов, доц. Д.Д.Артыков – главный патологоанатом города Ташкента.

В 2005 г. на базе кафедры организуется Ташкентское городское патологоанатомическое бюро (до 2013 г. директор – проф.

Б.А.Магруппов, с 2013 г. – доц. Д.Д.Артыков, зам. директора Н.У.Халиков), что позволило значительно расширить учебную базу и поднять уровень прозекторской службы города.

На кафедре большое внимание уделяется совершенствованию учебно-методической работы, внедрению в учебный процесс новых технологий: компьютерного класса, цифрового проектора, автоматизации лекционного зала, радиофикации кафедры.

Кафедра Патологической анатомии 2-ТашГосМИ была создана на базе Республиканского патологоанатомического центра МЗ РУз (директор – академик М.С.Абдуллаходжаева).

Республиканский патологоанатомический центр (РПАЦ) был создан в 1988 г. Приказом МЗ РУз №454 на базе Патологоанатомического корпуса Новых клиник ТашГосМИ. Одновременно были организованы областные патологоанатомические бюро (ОПАБ) в 11 областях и Республиканское патологоанатомическое бюро в Республике Каракалпакстан (РПАБ РК).

Сегодня РПАЦ, не имеющий аналогов в странах СНГ, представляет собой крупный учебно-научный производственный комплекс, на базе которого обучаются студенты, магистры по всем медицинским специальностям, проводится экспертиза врачебной деятельности с выявлением врачебных ошибок (диагностических, лечебно-тактических, а также в организации медицинской помощи населению). Все лаборанты-гистологи, работающие в патологоанатомических учреждениях, прошли специализацию и проходят усовершенствование по гистологической технике в этом центре.

В РПАЦ функционируют отделения детской, общей и инфекционной патологии, биопсийной диагностики. Кроме 6 патогистологических лабораторий, функционируют бактериологическая, вирусологическая, цитологическая лаборатории, лаборатория ПЦР, медицинской и молекулярной генетики.

С 1990 по 2000 гг. кафедрой заведовала заслуженный деятель науки, академик АН РУз, М.С.Абдуллаходжаева. В этот период на кафедре работали профессор Р.И.Исраилов, доценты Н.В.Елепкая, Х.З.Турсунов, И.Т.Умиров, ст. преп. С.К.Уразов, ассистенты к.м.н. У.М.Хужманов, Х.Примов, к.м.н Г.Ж.Разыкова, Е.Т.Подольхова, Р.А.Мирахмедова, Н.Ш.Шаусманова, Е.В.Бова.

С 2000 по 2005 гг. кафедрой заведовал проф. Р.И.Исраилов.

За период 1990–2005 гг. на кафедре и в центре были защищены



Проф. Р.И.Исраилов

4 докторских и 6 кандидатских диссертаций; через магистратуру и клиническую ординатуру подготовлено 13 патологоанатомов.

РПАЦ организовал проведение Первого, Второго и Третьего съезда патологоанатомов Узбекистана (1992, 1997, 2012). Под руководством М.С.Абдуллаходжаевой в 2005 г. был проведен 1-й Национальный конгресс по биоэтике с международным участием (Бельгия, Южно-Африканская Республика, Филиппины, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Россия (Москва, Санкт-Петербург, Казань)).

Материалы этого конгресса изданы на русском и английском языках.

С 2003 г. в центре проводится работа по созданию и внедрению телемедицинской системы макро- и микроскопии (ТСММ) в патологоанатомическую службу республики. В рамках выполнения грантовых проектов (ГККНД при КМ РУз, ПРООН, Научный Комитет НАТО) ТСММ была внедрена в деятельность 17 патологоанатомических учреждений республики, в том числе в 9 областях и РК, 5 межрайонных патологоанатомических отделениях. В 2010 г. проведена конференция с международным участием (Россия, Польша, Канада, Туркменистан, Таджикистан, Казахстан) на тему «Расширение телепатологии в Центральной Азии путем дистанционного обучения и телемедицинской системы микро и макроскопии».

В РПАЦе разработан новый метод экспресс-диагностики предраковых и раковых заболеваний шейки матки, на что был получен патент (УзГоспатент № IAP 03856).

Основными научными направлениями кафедры и центра в этот период были:

1. Изучение причин и патологической анатомии материнской и перипатальной смерти.
2. Изучение причин и патологической анатомии детской смерти.

В 2005 г. 1- и 2-ТаштбсМИ упраздняются, создается Ташкентская медицинская академия и организуются кафедры нормальной,

патологической физиологии и патологической анатомии медико-педагогического и стоматологического факультетов, которую возглавил проф. Б.А.Магрупов и кафедра лечебного и медико-профилактического факультета, которую до 2007 г. возглавлял проф. А.Н.Данияров, а с 2007 г. – проф. Р.И.Исраилов. В декабре 2012 г., после настоятельных обращений в ректорат, происходит реорганизация кафедр и создается кафедра Патологии, в составе которой преподаются два курса – патологической анатомии и патологической физиологии, которую возглавил проф. Р.И.Исраилов. В сентябре 2013 г. на эту должность был избран проф. Х.З.Турсунов.

В настоящее время на кафедре Патологии на курсе «Патологическая анатомия» работают проф. Р.И.Исраилов, Б.А.Магрупов, Х.З.Турсунов, доцент И.Т.Умиров; ст. преподаватель И.М.Алланазаров, ассистенты Х.Н.Бобоев, С.З.Артыков, Э.А.Эшбоев, М.Г.Гайбуллаева, Д.А.Нишанов, Н.С.Бердикулов.

С момента введения магистратуры и клинической ординатуры на кафедрах подготовлены 19 магистров и 6 клинических ординаторов.

На 2-х базах кафедры обучаются клинические ординаторы и магистры по клиническим специальностям.

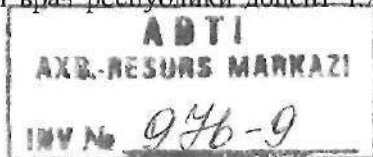
В 2014 г. Указом Президента РУз был создан Ташкентский государственный стоматологический институт, преподавание патологической анатомии на кафедре морфологии проводит ст. преподаватель Г.Д.Реймназарова.

С момента организации в 1932 г. Ташкентского института усовершенствования врачей до 1948 г. патологическая анатомия преподавалась только на смежных циклах и занятия проводились на кафедре патологической анатомии Ташкентского медицинского института.

Лекции читал профессор Г.Н.Терехов, практические занятия проводила ассистент К.Н.Долинская. В 1948 г. организован цикл повышения квалификации для патологоанатомов, заведующим которого был заслуженный врач республики доцент Т.А.Сирота, ассистентом Н.П.Крутько.



Проф. Х.З.Турсунов



В Ташкентском институте усовершенствования врачей кафедра патологической анатомии была организована в 1950 г. На должность заведующей кафедрой была избрана проф. Р.И.Данилова, которая руководила кафедрой до 1975 г. С организацией этой кафедры появилась возможность специализации и усовершенствования прозекторов. Ассистентами кафедры работали Т.А.Сирота (1948–1950 гг.), П.П.Крутько (1948–1953 гг.), Р.А.Агзамов (1953–1955 гг.), Н.А.Таликов (1953–1964 гг.), Т.М.Миразимов (1964–1976 гг.), М.У.Максумова (1968–1975 гг.), В.А.Степанов (1971–2005 гг.).



Проф. Р.И.Данилова

В период руководства кафедрой проф. Р.И.Даниловой прошли специализацию и усовершенствование 546 врачей-патологоанатомов. Через клиническую ординатуру подготовлено 3 врача-патологоанатома (Н.И.Расулов, В.П.Ильинов, А.К.Кулисопова). Подготовлено 43 кандидатских и 9 докторских диссертаций. В этот период закончили аспирантуру и защитили кандидатские диссертации В.А.Акбаров, Т.М.Миразимов, М.У.Максумова, В.А.Степанов, Н.Ш.Сухонос, О.Бобоходжаев, И.Норбаев, Л. Кураксина.

Научная работа кафедры патологической анатомии была посвящена вопросам иммуноморфологии и патогенеза туберкулеза, морфологии лучевой болезни, патологической анатомии силикотуберкулеза, интоксикации ядохимикатами, применяющимися в хлопководстве, изучалось морфофункциональное состояние желез внутренней секреции при атеросклерозе.

Сотрудниками кафедры выполнено свыше 280 научных работ, в том числе одна монография, издан сборник научных трудов, посвященный 20 летнему юбилею кафедры.

С 1975 по 1976 гг. обязанности заведующего кафедрой патологической анатомии исполнял доцент Т.М.Миразимов.

С 1976 по 1983 гг. кафедрой заведовал профессор П.Д.Туляганов, работали доцент В.А.Степанов и ст.преподаватель З.Ф.Черенок. С 1977 г. был введен цикл тематического усовершенствования по су-

дебной патоморфологии. Были выпущены методические рекомендации П.Д.Тулягановым «Организационные основы патологоанатомической службы», «Об этике врача», «Клинико-анатомическая и судебно-медицинская конференция», «Право и медицина», «Русско-латинско-узбекский словарь».

За период руководства кафедрой проф. П.Д.Тулягановым специализацию и усовершенствование прошли свыше 500 врачей-патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов.

Основным научным направлением кафедры с 1976 г. была сердечно-сосудистая патология, вопросы инфекционной, перинатальной и желудочно-кишечной патологии. По указанным проблемам сотрудниками кафедры опубликовано свыше 70 работ. Под руководством проф. П.Д.Туляганова защищены одна докторская и 14 кандидатских диссертаций.

С 1989 по 2005 гг. кафедрой заведовал профессор Ш.Б.Иргашев.

На кафедре работали доцент В.А.Степанов, ст. преподаватель Л.А.Пак и асс. М.А.Наседкина. Учебная и научная работа проводилась в тесном взаимодействии с лабораторией патоморфологии НИИ кардиологии, оснащенной современным оборудованием и аппаратурой. На кафедре прошли усовершенствование 86 врачей-патологоанатомов и 360 курсантов-смежников. Ш.Б.Иргашевым подготовлено методическое руководство «Патоморфологические аспекты ультраструктурных изменений при повреждениях миокарда различного генеза».

В научной разработке участвовали сотрудники кафедры и 2 аспиранта (Б.Х.Алимухамедова, А.Матхаликов). Сотрудниками кафедры опубликовано 42 научные работы.

В 1993 г. был организован курс судебной медицины при ТашИУВ, базой которого было определено Главное бюро судебно-медицинской экспертизы.

С учетом потребностей судебно-медицинской службы ежегодно организовывались новые циклы специализации и тематических



Проф. Ш.Б.Иргашев

усовершенствований, рассчитанные не только для экспертов общего профиля, но и специалистов лабораторных подразделений бюро СМЭ.

С 2007 г. кафедрой руководит д.м.н. Р.Ш.Мавляноходжаев. На кафедре работают проф. З.А.Гиясов, проф. Б.А.Магруппов, доценты К.А.Акбергенова, Э.И.Журавлева, Д.Д.Артыков, ассистенты К.А.Махсумханов, З.С.Залялова, А.А.Садиров, Х.А.Мурагов, Б.Р.Мамиров, Х.Т.Исламов, В.Е.Кочетов, С.А.Ташматов, Ф.Х.Махматмуратов.



Д.м.н. Р.Ш.Мавляноходжаев

На кафедре уделяется внимание оптимизации учебного процесса, введены диагностические карты, разработанные на кафедре для контроля базисных, рубежных и итоговых знаний, проводится контроль усвояемости с помощью ситуационных задач и деловых игр по общим и частным разделам патологической анатомии. Кафедра широко использует в учебном процессе табличный фонд, музей микро- и макропрепаратов, проводятся лабораторные занятия и занятия в секционном зале,

используются наборы цветных слайдов по избранным вопросам патологической анатомии.

На кафедре проводится работа по созданию методических руководств и учебных пособий.



Проф. В.А.Алимов

За время работы кафедры подготовлено свыше 2000 врачей курсантов, в том числе патологоанатомов, судмедэкспертов, хирургов, онкологов, эндоскопистов, УЗИ диагностов, неонатологов, врачей общей практики.

Кафедра патологической анатомии Ташкентского педиатрического медицинского института была создана в 1972 г. и ее первым заведующим был избран доктор медицинских наук,

профессор В.А.Алимов (1924–2011), который заведовал ею до 1995 г.

В 1972–2001 гг. она существовала как самостоятельная кафедра, в 2002–2008 гг. была объединена с кафедрой патологической физиологии, в 2008–2009 гг. с кафедрой анатомии. С 2010 г. входит в состав кафедры «Судебной медицины, судебного права, патологической анатомии с секционно-биопсийным курсом».

Первые сотрудники кафедры: профессор В.А.Алимов, ассистент Л.И.Платонова, ассистент Е.Б.Сирота, ассистент И.В.Шуваев, ассистент У.У.Акбаров, ассистент Б.Тажиметов.

В настоящее время на кафедре работают доцент Н.Р.Нуритов, доцент А.М.Турсунов, д.м.н. З.Г.Тухватулина, к.м.н. Л.А.Каратаева, ст. преподаватель Ш.У.Бобожонова, ассистент И.Б.Рузиев, ассистент Б.Р.Каримкулова и ассистент Ш.У.Алимухамедова.

Первоначальное научное направление кафедры «Патоморфология внутренних органов при вирусных гепатитах». Это научное направление возглавлял проф. В.А.Алимов и под его руководством подготовлено 4 доктора и 11 кандидатов медицинских наук. В эти годы опубликованы 2 монографии, 2 учебника и более 10 научно-популярных брошюр.

В настоящее время с целью улучшения и повышения качества учебного процесса, начиная с 2010 г. в каждой учебной аудитории для централизации учебного процесса установлены видеокамеры. Это дает очень хорошие результаты.

Кафедра патологической анатомии Самаркандского государственного медицинского института была создана в 1931 г. Первым заведующим кафедрой был профессор С.Ф.Татаренчик (1888–1941), который руководил ею до 1941 года. В этот период им совместно с ассистентом В.И.Конецким и лаборантом А.Н.Швецовой были подготовлены макропрепараты для учебных целей и заложена основа макромузей кафедры, который выполняет свою роль до сегодняшнего дня. На кафедре были защищены 2 диссертации – Е.Н.Семеновой (1935) и В.И.Конецким (1938). С 1941 по 1945 гг. кафедрой руководил доктор медицинских наук, профессор Д.М.Хаютин (1886–1957), одновременно работавший старшим преподавателем кафедры патанатомии эвакуированной Ленинградской ВМА. Основные научные труды Д.М.Хаютина посвящены патанатомии злокачественных опухолей и гельминтозов. Описал



Проф. С.Ф.Татаренчик



Доц. Е.Н.Семенова



Проф. А.И.Магрупов

развитие метастазов рака яичников, мочевого пузыря, легких, а также редкие случаи врожденных пороков сердца.

В этот же период на кафедре располагалась кафедра патологической анатомии Ленинградской (ныне Санкт-Петербургской) военно-медицинской академии, возглавляемой академиком Н.Н.Аничковым.

В 1945–1951 гг. кафедру возглавляла доц. Е.Н.Семенова.

В 1951–1958 гг. кафедрой заведовал проф. А.И.Магрупов. В этот период в Самаркандской области был внедрен клинико-морфологический анализ, поставлены аутопсийные и биопсийные исследования.

С приходом в качестве руководителя кафедры и патологоанатомической службой области проф. А.И.Магрупова начался период научно-практического подхода к диагностике, выполнению заданий руководства республики по изучению патоморфологии часто встречающегося в тот период алиментарного токсикоза (с энцефалитом). Большая роль в производстве аутопсий умерших от алиментарного токсикоза больных и выявлению заболевания, правильной его диагностики принадлежит проф. А.И.Магрупову, доц. Е.Н.Семеновой и аспирантам О.М.Азизовой и Ф.А.Абдухаликову. Профессор А.И.Магрупов вошел в историю как ученый, который в 1940–1960 гг. внес большой вклад в разработку проблемы алиментарных токсикозов и морфологического изучения этой проблемы. В этот период под руко-

водством проф. А.И.Магрупова О.М.Азизова и Ф.А.Абдухаликов провели исследование головного мозга, симпатической и парасимпатической нервной систем при алиментарном токсикозе, завершившиеся успешной защитой кандидатских диссертаций. А.И.Магрупов внес большой вклад в организацию и проведению на высоком научном уровне клинко-патологоанатомических конференций и повышению лечебно-диагностической работы в клиниках Самаркандского медицинского института. До настоящего времени сотрудники института вспоминают проводимые в то время клинко-патологоанатомические конференции, принципиальность, широту мышления, человечность и правильность проводимых А.И.Магруповым разборов. Место патологоанатома в клинической диагностике, его роль в повышении качества лечебной работы, обучении студентов и молодых врачей всегда было важнейшим в деятельности проф. А.И.Магрупова.

В 1958–1968 гг. кафедрой вновь заведовала доц. Е.Н.Семенова. В этот период преподаванием, а также аутопсийной и биопсийной диагностикой занимались доценты О.М.Азизова, Ф.А.Абдухаликов, ассистенты Т.М.Пагрушева, А.А.Ростовцев, В.С.Романенко, Н.Н.Седова, С.Л.Познанская, М.И.Молдавский, С.А.Гамиянц, аспирант Д.Р.Кулдашев, стажер Ж.Б.Ахмедов.

В 1968 г. на должность зав. кафедрой избирается доцент О.М.Азизова, которая заведовала кафедрой до 1995 года. В течение 27 лет проф. О.М.Азизова возглавляла патологоанатомическую службу и областное общество патологоанатомов.

На кафедре и в прозектуре работали доцент Ф.А.Абдухаликов, старший преподаватель М.И.Молдавский, ассистенты Д.Ж.Эшкobilов, И.Н.Норбоев, О.Б.Бобохужасв, Ж.Т.Тошбоев, Р.К.Болтабоев, Р.С.Будагов, Е.К.Ким, Д.Ю.Байгильдина-Хужаева, Ш.А.Хатамова, А.Б.Гиесов, Т.Т.Эшонов.

В 1980 г. М.И.Молдавский, а в 1981 г. О.М.Азизова защитили докторские диссертации.



Проф. О.М.Азизова

В эти годы учебно-методическая работа на кафедре была в значительной степени улучшена и поднята на новый уровень. Активизировалась научно-исследовательская работа. Кандидатские диссертации защитили Д.Р.Кулдашев (1969), И.Н.Порбоев (1970), В.С.Романенко (1971), Ж.Б.Ахмедов (1971), Т.Ж.Эшкobilов (1972), Д.Ю.Байгильдина-Хужаева (1974), О.Б.Бобохужаев (1974), Р.С.Будагов (1975), Р.К.Болтабаев (1980). На кафедру пришли молодые врачи, которые прошли обучение в интернатуре и клинической ординатуре – А.Г.Ганиев, И.У.Тошгемиров, И.А.Нурматов, Н.А.Абдимуминов, А.Б.Гиесов, Б.С.Юлдашев, Б.М.Атакулов, Х.С.Атакулова, Р.Ш.Нуралиев, Б.А.Арабов, Т.М.Алиев, А.Н.Корнилова, О.И.Богданова, О.И.Ивашкина.



Проф. М.И.Молдавский
 кандидатских диссертаций.

В настоящее время на кафедре работают доц. Ш.Эшкobilов, ст. преподаватель Б.М.Атакулов, асс. Т.Г.Леонтьева, Ф.М.Хамидова, З.Э.Жуманов, К.Н.Уроков, М.Р.Расулова.



Проф. Н.Г.Александров

Кафедра патологической анатомии Андиганского государственного медицинского института была организована в 1957 г. и возглавил её доцент П.Д.Туляганов. С 1965 по 1995 гг. заведовал кафедрой патологической анатомии проф. Н.Г.Александров. Под его руководством сотрудниками кафедры проводились научные исследования по проблеме атеросклероза, связи эндемического зоба с сосудистой патологией, изучались

новые антиатеросклеротические препараты. Большой раздел научных изысканий составили работы о влиянии нарушенного эндокриного статуса организма матери на развивающийся плод. Защищены 6 докторских и 31 кандидатская диссертация.

Кафедра патологической анатомии вела не только научно-педагогическую работу, но и явилась организационным и научно-методическим центром также и для практического здравоохранения. Была создана своя школа патологоанатомов. Большой заслугой кафедры следует считать подготовку врачей-патологоанатомов, в частности, для Ферганской долины. За истекший период на кафедре патологической анатомии в разное время работали: асс. В.П.Ильинов, Л.В.Егорова, В.Я.Левитин, М.Ю.Юсупов, доц. И.Б.Юсупов, доц. Г.М.Нордкин, доц. Т.Б.Аблязимова, ассистенты, к.м.н. Б.Г.Балаян, А.М.Ягудасв, Л.Д.Нордкина, Ю.З.Зулунов, Г.В.Нейман, Н.Ф.Герасимов, С.Г.Нагай, Ю.Н.Скачков, А.Н.Дон, Ш.М.Харипов, И.Ю.Абдуллаев, Ш.Э.Худойбердиев, Б.Ю.Раззаков, А.Б.Топбоев.

В 1999 г. кафедра патологической анатомии объединена с кафедрой судебной медицины (до 2013 г. зав. проф. А.С.Чурикова).

В настоящее время кафедрой возглавляет д.м.н. Ш.Х.Хамрокулов.

Нынешний состав кафедры представлен доц. Т.Б.Аблязимовой, доц. А.Р.Маматалиевым, старшим преподавателем Л.М.Мамажоновым, ассистентами М.А.Маматалиевой, Н.Л.Саиджаповой, Д.Р.Абдуразаковой.

Кафедра патологической анатомии расположена на базе патологоанатомического отделения клиник АГМИ, имеет 6 учебных комнат, музей макропрепаратов, значительный фонд таблиц, плакатов, микропрепаратов, компьютерный класс.

Научные направления кафедры патологической анатомии:

1. Изучение новых антиатеросклеротических препаратов.
2. Изучение связи эндемического зоба с сосудистой патологией (атеросклерозом).

Кафедра патологической анатомии Бухарского государственного медицинского института была создана в сентябре 1991 г. и в таком виде выполняла свои функции до 1996 г. В этот период на кафедре работали доцент Р.К.Болтабоев – зав. кафедрой, ассистенты Х.Х.Юлдашев, Г.Б.Жураева, к.м.н. А.Х.Рустамов. В августе 1996 г. кафедра была объединена с кафедрой патологической анатомии и продолжала работать как кафедра патологии. На кафедре работали

доцент Р.К.Болтабоев – зав. кафедрой, ассистенты Х.Х.Юлдашев, Г.Б.Жураева, к.м.н. Р.М.Тураев.

В сентябре 1998 г. кафедра была переименована в кафедру патологической анатомии и патологической физиологии. В 2005 г. кафедра была разделена на две – патологической физиологии и патологической анатомии, к которой был присоединен курс судебной медицины и кафедра получила название кафедра патологической анатомии и судебной медицины. Заведующим кафедрой был назначен доцент К.Р.Очилов. На кафедре работали доцент Р.К.Болтабоев, к.м.н. Р.М.Тураев, к.м.н. Б.Т.Аллабердиев, ассистенты Г.Б.Жураева, М.Р.Турдиев, О.Т.Расулова. С 25 января 2010 г. зав. кафедрой назначен доцент Б.Т.Аллабердиев. Сегодня на кафедре работают доцент К.Р.Очилов, ст. преподаватель к.м.н. Г.Б.Жураева, ассистенты Ж.Т.Каюмов, О.Т.Расулова, М.Р.Турдиев и Б.Бахрамов.

С созданием филиалов Ташкентской медицинской академии в Ургенче и Фергане, Ташкентского педиатрического медицинского института в Нукусе, были созданы кафедры патологии в этих филиалах, где осуществляется обучение студентов патологической анатомии, а сотрудники кафедры совмещают работу в прозектурах города и области.

Таким образом, сегодня патологоанатомическая наука и практика располагает хорошей материальной базой, высококвалифицированными специалистами. Ежегодно через магистратуру и клиническую ординатуру готовится от 5 до 10 врачей-патологоанатомов.

Глава 2.

ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Патологическая анатомия является не только наукой, но и практической дисциплиной. Главной задачей патологической анатомии, как составной части медицинской службы, является улучшение лечебно-диагностической работы. Для решения этой задачи в каждом лечебном учреждении (стационаре) имеется патологоанатомическое отделение (ПАО). В последние годы получило распространение практика создания объединённых, централизованных ПАО, межрайонных, областных патологоанатомических центров (бюро). Решение главной задачи патологоанатомической службы осуществляется с помощью двух основных методов клинико-анатомического анализа:

1. Метода биопсийного исследования.
2. Метода аутопсийного исследования.

При этом следует подчеркнуть, что с расширением возможности биопсийного исследования, его роль и значение в повышении лечебно-диагностической работы лечебного учреждения постоянно возрастает. Кроме того, учитывая процессы демократизации жизни республики, традиции и обычаи населения, следует иметь в виду, что возможности аутопсийного метода исследования могут быть использованы не всегда или не в полной мере. Это обстоятельство также диктует необходимость более широкого использования биопсийного метода во всех случаях затруднения прижизненной диагностики, что в сочетании с такими исследованиями как УЗИ, компьютерная томография, радиоизотопные исследования и другие значительно расширяют рамки своевременной и правильной диагностики.

В тоже время необходимо отметить, что и в сложившихся условиях не следует отказываться от аутопсии как основного метода клинико-анатомического анализа.

АУТОПСИЯ. Рассечение тела умершего для получения медицинских знаний, и изготовления мумии практиковалось ещё в древнем Египте. Зачатки патологической анатомической науки наблюдались 3500 лет назад в Вавилоне. Вскрытия умерших с целью установить причину гибели больного производил Абу Али ибн Сино (980–1037). С тех пор во всех развитых странах аутопсия законодательно легализована, хотя условия производства вскрытий различны, и в ряде стран, в том числе и восточно-азиатских и африканских, для производства аутопсии необходимо получить согласие родственников. Количество аутопсии в последние годы во всех странах неуклонно снижается (табл.2.1).

Таблица 2.1

Таблица 2.1

Снижение вскрытий в Европе и других странах с 1938 по 2003 годы (F. Zampieri et.al., 2015)

Страна	% вскрытий (период)	% вскрытий (период)
Австралия	21 (1992–1993)	12 (2002–2003)
Франция	15.4 (1988)	3.7 (1997)
Венгрия	100 (1938–1951)	68.9 (1990–1992)
Ирландия	30.4 (1990)	18.4 (1999)
Ямайка	65.3 (1968)	39.3 (1997)
Швеция	81 (1984)	34 (1993)
Великобритания	42.7 (1979)	15.3 (2001)
США	26.7 (1967)	12.4 (1993)

Причины сокращения вскрытий лежат не только и не столько в отказе родственников, считающих, что смерть обратима, от вскрытия, но и в нежелании врачей устанавливать истинную причину смерти больного. Некоторые врачи считают, что современная диагностика настолько совершенна, что отпадает необходимость в аутопсии. В Республике Узбекистан порядок вскрытия умерших определяется приказом Министра здравоохранения №574 от 04.11.1992 г. (см. приложения).

Однако аутопсия необходима для изучения диагностических ошибок, научных исследований и обучения. Аутопсия подтвержда-

ет, разъясняет и корригирует клинический диагноз. Она позволяет открывать новые, ранее неизвестные болезни (болезнь легионеров, квашиоркор, вено-окклюзионные заболевания, СПИД). Аутопсия даёт информацию о проявлениях болезни, которые не могут быть выявлены при жизни, помогает в оценке новой хирургической техники, новых протезов, эффективности новых лекарств, терапевтических воздействий, устанавливает их побочные эффекты. По данным вскрытий можно оценивать влияние внешней среды на организм человека. Секция незаменима при выяснении внезапной смерти. Данные аутопсии могут быть использованы для поисков путей более высокой выживаемости раковых больных. А ряд заболеваний и патологических состояний могут быть выявлены лишь при вскрытии. Так, среди больных, умерших от эмболии легочной артерии или грибкового заболевания, в 50% прижизненный диагноз был ошибочным. Прижизненные ошибки в диагностике чаще происходят у больных 40 лет и старше, при гипоальбуминемии, нарушениях мозгового кровообращения, пневмонии, лимфоме, конечных стадиях заболеваний почек, бактериальном эндокардите, при внезапной смерти в больнице. Следует иметь в виду, что даже, при казалось бы ясном клиническом диагнозе, при аутопсии могут быть неожиданные находки. Следовательно, при возможности, вскрытие должно производиться независимо от того, ясен клиницистам диагноз или нет.

Аутопсийное исследование преследует, прежде всего, цель установления непосредственной причины смерти и связанных с ней патологических состояний. На основании полученных данных аутопсии и результатов клинического обследования больного врач-патологоанатом устанавливает причины и механизмы смерти (танатогенез). Клинически четко определить момент болезни, когда начинают действовать эти механизмы, пока не представляется возможным. Однако, несомненно, что перелом хода болезни к её трагическому финалу совершается постепенно и раньше появления первых клинических признаков этого перелома, поскольку последний, уже начавшись, некоторое время затухевывает, хотя и ослабевающими, но ещё не исчерпанными до конца защитными силами организма.

Главными признаками наступления смерти являются остановка деятельности сердца и дыхания. Остаётся так и не решённым воп-

рос о том, лежит ли в основе этого один и тот же стереотипный механизм, независимо от особенностей этиологического фактора и патогенеза данной болезни, или же процесс прекращения жизни существенно различается в каждом конкретном случае.

Выделяют причину смерти и механизм её наступления. Под причиной смерти следует понимать основной фактор, обусловивший смертельный исход. Механизм наступления смерти – это обусловленная причиной смерти цепь последовательных изменений органов и тканей, развертывающихся по типу причинно-следственных взаимоотношений и приводящих к прекращению жизнедеятельности организма.

В некоторых случаях определение причины смерти не представляет особых трудностей. Это бывает, например, при массивных повреждениях с полным разрушением того или иного жизненно важного органа (токсическая дистрофия печени с массивными некрозами при вирусном гепатите, двусторонний кортикальный некроз почек при шоке, очаги размягчения или кровоизлияния в головном мозге с захватом жизненно важных центров при цереброваскулярной болезни и т.д.). В качестве причины смерти выступает либо само заболевание, либо его осложнение.

Часто же определить причину смерти бывает трудно, а подчас и невозможно. Это объясняется тем, что даже при обширном, но не тотальном поражении того или иного органа нет уверенности в том, что он сам по себе не мог бы ещё функционировать то или иное время.

Вместе с тем, на основании имеющихся данных, практически всегда с той или иной степенью достоверности можно представить себе танатогенез почти у каждого умершего больного. Свое видение танатогенеза врач-патологоанатом излагает в клинико-патологоанатомическом эпикризе.

Успех клинико-анатомического анализа, отражаемого в эпикризе, зависит от тщательности проведенных макро- и микроскопических исследований, глубины анализа клипических и лабораторно-инструментальных данных, а также результатов их сопоставления. В эпикризе должны найти отражения этиологии, патогенеза заболевания, характер и направленность изменений, обнаруженных в клинике в сопоставлении с морфологическим субстратом, установленным при аутопсии, проведенный дифференциальный диагноз

с другими сходными болезнями. Необходимо отметить своевременность установления клинического диагноза, дать обоснование непосредственной причины смерти и раскрыть танатогенез. Следует указать на дефекты в организации медицинской помощи с оценкой влияния этих факторов на лечение и исход заболевания. В эпикризе должен быть проведен анализ результатов лечебно-диагностических мероприятий и их влияние на проявление болезни. При атипичном течении заболевания должно быть дано возможное объяснение подобного течения болезни.

Раскрытие танатогенеза – одно из важных составных задач, стоящих перед патологоанатомом при оформлении эпикриза. Танатогенез – механизм смерти от той или иной болезни всего человеческого организма. Дело в том, что с необратимыми изменениями в том или ином органе, на том или ином структурном уровне, организм может существовать до тех пор, пока функционирование этих систем не нарушено настолько, что они не могут быть выравнены, то есть гемостаз сохранить невозможно, начинается процесс умирания, который может протекать в различном темпе. Механизмы процессов умирания организма относительно стандартны (сердечные, легочные, мозговые). Они в значительной мере предопределяются поломом соответствующих систем. Именно это и создаёт многообразие непосредственных (ближайших) причин смерти и их морфологических эквивалентов, которые изучает патологоанатом. При этом должны учитываться все сложные взаимоотношения, сложившиеся в организме на протяжении болезни в причинно-следственном аспекте, включая и вопросы наследственности.

О.К.Хмельницкий предложил следующую схему составления клинико-патологоанатомического эпикриза:

1. Обоснование диагноза основного заболевания, то есть объяснения (в случае необходимости), почему из обнаруженных болезней именно данная патологическая форма признана основной.

2. Характеристика основного заболевания, его давность, клиническая форма, основные синдромы, тип течения, фаза-стадия, степень активности, функциональные нарушения. При этом особое внимание следует обратить на динамику развития болезни, её патогенез и, в случае необходимости, провести дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.

3. Освещение роли и особенностей конкурирующих, сочетанных и фоновых сопутствующих заболеваний, если таковые имеются.

4. Объяснение характера клинических проявлений и обращение особого внимания по мере возможности на причины ошибочной трактовки в клинике обнаруженных патологических изменений.

5. Оценка особенностей данного наблюдения, включая проявления патоморфоза. Указать, чем оно отличалось (если это имело место) от общезвестного течения диагностируемой болезни.

6. Анализ процессов, обусловленных лечебно-диагностическими процедурами, и их влияние на клинику-морфологические проявления болезни. Особо обратить внимание на реанимационную патологию.

7. Обсуждение в случае оперативного вмешательства, обоснованности, своевременности и объёма.

8. Тапатологическая оценка – выяснение причин и механизмов смерти.

9. Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов с оценкой и анализом причин расхождения.

10. Указание на запоздалую диагностику или госпитализацию с оценкой влияния этих факторов на лечение и исход болезни.

Только на такой методологической основе следует походить к раскрытию причинно-следственных отношений смерти всего организма.

В качестве иллюстрации приводим краткие данные из истории болезни и протоколов вскрытия:

ПРИМЕР 1. Больная 62 лет поступила в отделение неотложной кардиологии с жалобами на удушье, кашель с мокротой розового цвета, боли в области сердца в течение нескольких часов. В анамнезе ИБС, год назад острый инфаркт миокарда. Состояние тяжёлое, ЧДД-36 в минуту, в лёгких влажные хрипы, тоны сердца глухие, ритм правильный ЧСС-130 в 1 минуту, АД 160/90 мм.рт.ст. на ЭКГ синусовая тахикардия, с единичными желудочковыми экстрасистолами, полная блокада правой ножки пучка Гисса. Объективно: язык сухой, обложен белым налётом, живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень +3см. лабораторные данные гемм-124 г/л; эр-3.5; лейкоц-10.6; сы-87; лимф-9; моп-3; СОЭ-7мм/ч; К-6ммоль/л; Na-144 ммоль/л; мочевины-20.2 ммоль/л; креати-

нип-0.32 мкмоль/л; билирубин-20 мкмоль/л, прямой-7.5 мкмоль/л. Повышенное содержание фибрина при снижении фибринолитической активности. Полученное лечение: фибринолизин, гепарин, антибиотики, нитраты, препараты калия, мочегонные. Положительная динамика отсутствовала. Появлялись тошнота, рвота, вздутие живота, отсутствие стула. Произведена диагностическая лапаротомия – хирургических заболеваний не обнаружено. Больная находилась на ИВЛ. Через 10 дней после поступления смерть наступила при падении гемодинамики и сердечной деятельности.

В клинике выставлен диагноз:

Основное заболевание: ИБС: повторный инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, преходящая блокада левой ножки пучка Гисса, желудочковая экстрасистолия. Правосторонняя сливная пневмония.

Осложнения основного заболевания: ЛСН ПБ, отёк лёгких, тромбоэмболический синдром.

Сопутствующие заболевания: хронический гепатит, холецистит, панкреатит, состояние после лапаротомии.

Протокол вскрытия: Труп женского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа бледная, толщина пжк на грудной стенке 1.5 см, на передней стенке живота 3 см, на средней линии живота имеется наглухо ушитая операционная рана длиной 21 см, в нижней трети шеи имеется зияющая рана 3x2 см. Брюшина гладкая, блестящая, желудок и толстая кишка резко вздуты. В просвете брюшной полости имеется до 150 мл кровянистой жидкости. Почки: левая 12x5.5x4 см, массой 140 гр., капсула сползает при рассечении, граница слоёв плохо различима, слизистая лоханок дряблая; правая 12x5.5x4.5. На разрезе картина идентична левой, слизистая лоханок гладкая. В царенхиме имеются две кисты. Одна заполнена прозрачной жидкостью, другая коричневой жидковатой массой. Надпочечники листовидной формы, на разрезе с видимой границей слоёв. Интима аорты – жёлтого цвета с единичными фиброзными бляшками. Слизистая пищевода серо-синюшная, со сложенными продольными складками. Лёгкие мясистой консистенции. В задних отделах нижней доли имеются участки западения легочной ткани, в других местах легкие – полнокровные, пёстрого вида. С поверхности разреза стекает большое количество пенисто-кровянистой жидкости. Слизистая

трахеи и крупных бронхов отёчна, гиперемирована, покрыта серо-жёлтым палётом. Сердце: размером 13x14.5x6 см, массой 750 гр, шаровидной формы, дряблой консистенции. Эпикард гладкий. Толщина стенки правого желудочка 0.3 см, левого 1.4 см. Полости желудочков резко расширены, особенно левого. Миокард дряблый, тусклый, имеет вид варённого мяса, на разрезе видны белесоватые прослойки. Коронарные сосуды без особенностей, створки клапанов, без видимой патологии. Печень размером 29x19x11x8 см. Капсула тонкая, гладкая, на разрезе ткань напоминает мускатный орех. Желчные пути свободно проходимы. В желудке содержимое, окрашенное желчью, слизистая застойная. В просвете кишок содержимое окрашено желчью. Слизистая складчатая, застойная. Поджелудочная железа средне-дольчатая, серо-розового цвета. Селезёнка уплотнена, размером 12x6x4 см, массой 180 гр. Капсула тонкая, гладкая. На разрезе ткань тёмно-красная, пульпа даёт небольшой соскоб на спинку ножа.

Гистологическое исследование: Сердце – под эпикардом умеренное содержание жировой клетчатки, полнокровие сосудов. В миокарде межмышечный отёк, кардиомиофибриллы гипертрофированы с деформированными ядрами. Имеет место фрагментация волокон, местами глыбчатый распад, внутриклеточная белковая и жировая мелкокапельная дистрофия. Разрастание фиброзной ткани преимущественно вокруг сосудов. Эпикард истончён, местами склерозирован. Лёгкие – альвеолы расширены, в просвете их отёчная жидкость, макрофаги, лейкоциты, сидерофаги, которые располагаются и в альвеолярных перегородках и периваскулярно. Сосуды полнокровны. Умеренный фиброз с пигментными макрофагами. Печень – структура ткани сохранена, центральная вена и прилегающие к ним синусоиды полнокровны. Отмечаются некрозы гепатоцитов вокруг озёр крови. Жировая дистрофия гепатоцитов. Разрастание соединительной ткани по портальным трактам. Почки – клубочки равновеликие, очаговый гломерулосклероз, полнокровие сосудов и капилляров клубочков, некроз эпителия отдельных канальцев. Селезёнка – застойное полнокровие, картина фолликулов стёртая.

Клинико-патологоанатомический эпикриз. Больная Т. 62 года, длительно (около 10 лет) страдала патологией сердца, о чём свидетельствуют жалобы на боли в сердце, одышку, на ЭКГ дистрофи-

ческие, метаболические изменения, блокада правой ножки пучка Гисса, желудочковая экстрасистолия, увеличение размеров сердца, печени. Больная неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно, год назад перенесла острый инфаркт миокарда. Последнее ухудшение началось с аналогичных жалоб и болей в эпигастрии. Для исключения хирургической патологии произведена диагностическая лапаротомия. Выставлен клинический диагноз: ИБС, повторный инфаркт миокарда, который не нашёл морфологического подтверждения на аутопсии. На вскрытии очагов некроза, постинфарктного кардиосклероза, а также атеросклероза коронарных артерии у больной не обнаружено. Учитывая увеличение размеров сердца можно было бы думать о кардиомегалии при идиопатическом миокардите Абрамова-Фидлера. Но при этом сердце имеет уплотнённый вид с закруглённой верхушкой, массой до 500–600 гр. Характерно наличие множества пристеночных тромбов (межтрабекулярных). Миокард должен быть неравномерно кровенаполнен, местами бледный. Тромбы служат источником эмболии в малом круге и развитии инфарктов различной давности (чего не отмечалось в данном случае). Следовательно, увеличенное сердце шаровидной формы с расширенными полостями (преимущественно левого желудочка): дряблый, цвета варёного мяса миокарда с белесоватыми волокнами соответствует картине сердца при первичной кардиомиопатии. Непосредственной причиной смерти явилась декомпенсация гипертрофированного сердца (застой в малом и большом круге кровообращения; мускатная печень, почек, селезёнки). На фоне застоя процесс осложнился двусторонней пневмонией.

Учитывая вышеизложенное был выставлен следующий патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: Дилатационная кардиомиопатия (I42.0).

Осложнение: застой в большом и малом круге кровообращения, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки; 2-х сторонняя очаговая бронхопневмония. Операция диагностическая лапаротомия, трахеостомия. Гнойный трахеобронхит, дистрофия внутренних органов, отек легких.

Сопутствующие заболевания: атеросклероз аорты 2 степени, хронический холецистит.

В данном случае имеет место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по нозологии, которое может

быть отнесено ко 2-й категории расхождений. Причина расхождений, – это переоценка данных анамнеза и диагноза установленного ранее, атипичное течение болезни, недооценка ЭКГ (необходимо было снимать в правых грудных отведениях). Кроме того имеет место неправильная конструкция диагноза: сливная пневмония стоит в графе основного заболевания. На самом деле в данном случае она является осложнением. Допущенные диагностические ошибки привели к тактическим (лапаротомия утяжелила течение заболевания).

ПРИМЕР 2. Больная 67 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, общую слабость. Из анамнеза установлено, что она страдает хр. холециститом 15 лет. При осмотре больная истощенная, состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется округлое образование эластической консистенции. Симптомы Ортнера- Мерфи слабо положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При эндоскопическом исследовании на 6 день обнаружено выпуклое образование на задней стенке в области малой кривизны. Диагноз эндоскописта: Эндофитный рак желудка. Атрофический гастрит. На следующий день состояние больной резко ухудшилось и через сутки она скончалась.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Эндофитный рак желудка с метастазами в печень. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острый инфаркт миокарда?

Сопутствующие заболевания: Очаговый туберкулез легких. Атеросклероз. Кардиосклероз. Хр. холецистит. Хр. печеночно-почечная недостаточность.

Краткий протокол вскрытия. Труп женщины правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-смуглые с желтушным оттенком. Легкие в плевральных полостях лежат свободно. Большой сальник окутывает все органы брюшной полости и сращен с париетальной брюшиной в области боковых каналов и малого таза. В брюшной полости сухо, Интима аорты кремового цвета с единичными атеросклеротическими бляшками в стадии жировых пятен и фиброза. Надпочечники листовидной формы, равновелики, размерами 3.0x2.5x0.2см.

На разрезе мозговой слой в состоянии распада. Почки окружены жировой клетчаткой массой 160 гр. Каждая размерами правая 11.5x7.0x3.5 см, левая 12.0x6.5x4 см. Капсула снимается легко без потери почечной ткани, поверхность почек гладкая, ткань почки дряблая, на разрезе темно-красного цвета в области пирамид, серая в области коры. Слизистая лоханок, мочеточников мочевого пузыря бледная с мелкоточечными кровоизлияниями. Слизистая пищевода синюшная с продольной складчатостью, сквозь слизистую просвечивают вены. Желудок по малой кривизне припаян к поверхности левой доли печени. Слизистая оболочка розовая набухшая с очагами мелкоточечных кровоизлияний, с хорошо выраженным рельефом складок. При выделении малой кривизны под капсулой печени обнаружена полость размером 3x3.5 см, заполненной густой сливкообразной массой желтовато-зеленого цвета. Стенки полости неровные, плотные. Данная полость сообщается с множеством других мелких полостей, диаметром до 1.5 см, заполненных аналогичным содержимым и расположенных как внутри ткани левой доли печени, так и под ее капсулой по верхней поверхности в области диафрагмы. Общий желчный проток длиной 6.5 см расширен до 2.5 см. Печеночный проток длиной 3 см расширен до 2.5 см. В левом печеночном протоке обнаружен камень темно-бурого цвета размерами 0.3x0.5см. Выше закупорки левая и медиальная ветви желчного протока сообщается с вышеописанными полостями. Пузырный проток свободен, длиной 3 см. В желчном пузыре оливкового цвета тягучая желчь в количестве до 40.0 мл. В области дна имеется сосочковый вырост слизистой. Слизистой 12-перстной, тонкой и толстой кишек розовая мелкоточечными кровоизлияниями. В области фаттерова сосочка имеется углубление до 0.5 с неровными краями, что является результатом длительного нахождения в этом месте камня (пролежень). Поджелудочная железа мелкодольчатая, плотная, размером 15.0x2.5x1.5см. Селезенка массой 235 гр, размером 12.0x8.0x5.0 см, окружена со всех сторон плотными спайками. При выделении ее из спаек капсула лопнула и пульпа вытекла, напоминая по консистенции и цвету сгусток крови. Слизистая гортани и крупных бронхов розового цвета, в их просвете пенистая жидкость. Области бифуркации находятся увеличенные лимфоузлы до 1.5 см в диаметре, с поверхности разреза антракотичные с петрификатами.

В области верхушке правого легкого имеются рубцовые втяжения легочной ткани. Левое легкое своей нижней поверхностью припаяно к диафрагме. На разрезе ткань легкого розовато-серого цвета, в задне-нижних отделах – темно-красная. С поверхности разреза стекает пенисто-кровянистая жидкость. Сердце массой 340,0 гр дряблосе, мышца – цвета вареного мяса. Толщина стенки левого желудочка 1,5 см, правого 0,4 см. Клапанный аппарат без видимой патологии. Полость черепа не вскрывалась. Гистологическое исследование: Сердце – под эпикардом умеренное количество жира, мышечные волокна набухшие, в миоцитах зернистая дистрофия, очаговая фрагментация мышечных волокон, полнокровие сосудов, межочечный отек. Легкие – плевра в одних участках фиброзирована, в других полнокровна с очагами кровоизлияний. Слизистая бронхов набухшая, в просвете слизь с примесью эпителиальных клеток. Стенки бронхов утолщены за счет круглоклеточной инфильтрации. В просвете альвеол отечная жидкость. Сосуды полнокровны, вокруг сосудов и бронхов отложения черного пигмента. Почки – резкое полнокровие сосудов мозгового слоя. Извитые канальцы с эпителием в состоянии зернистой дистрофии, достигающей в отдельных участках до некролиза и некроза. Клубочки с полнокровием капиллярных петель. Печень – левая доля – дисконкомплектация гепатоцитов, множество различных размеров полостей, заполненных тканевым детритом с примесью большого количества лейкоцитов. Отдельные полости имеют сформированную стенку, внутренняя оболочка которой представлена грануляционной тканью, наружная – фиброзной. Правая доля – нарушение балочного строения печени с резким расширением синусоидов и формированием в них эритроцитарных тромбов, разрастание коллагеновых волокон вокруг сосудов, желчных протоков, между дольками и гепатоцитами. Лимфогистоцитарные инфильтраты в области триад и по ходу портальных трактов. Желчный пузырь – стенка утолщена с лейкоцитарной инфильтрацией слизистой и мышечной оболочки, резкая гиперемия сосудов. Очаги некроза слизистой. Имеется участок сосочкового разрастания эпителия слизистой. 12-п.к. в области пролежня – десквамация покровного эпителия и некроз мышечного слоя с лейкоцитарной инфильтрацией по периферии некроза. Лимфатический узел – атрофия лимфоидных фолликулов, разрастание соединительной ткани, антракоз. Поджелудочная же-

леза – ацинусы маленькие, атрофичные, разрастание соединительные ткани. Островки Лангерганса сохранены, крупные, округлой формы. Селезенка – гиперплазия элементов белой пульпы, синусы спавшиеся с пролиферацией эндотелия.

Клиническо-патологоанатомический эпикриз: Больная 67 лет, длительное время (более 15 лет) страдала желчно-каменной болезнью, о чем свидетельствовали камни в левом и правом внутрипеченочных протоках. Прогрессирование заболевания привело к воспалению желчных путей с образованием множества абсцессов в печени. Интоксикация, вызванная наличием обширных множественных очагов гнойного воспаления в печени, привела к дистрофическим изменениям во внутренних органах (сердце, печень, почки) с нарушением их функций, о чем свидетельствовали дистрофия и фрагментация мышечных волокон миокарда, дистрофия, некробиоз, некроз эпителия канальцев почки, дисконкомплексация гепатоцитов. О выраженной интоксикации, связанной с гнойным процессом в печени, свидетельствовали и изменения в селезенке в виде ее увеличения, гиперплазия белой пульпы. Прогрессирование основного заболевания в условиях отсутствия патогенетического лечения привело к смерти больной. Непосредственной причиной смерти явились сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: Желчно-каменная болезнь.

Основное заболевание: Желчекаменная болезнь (K80).
Осложнения основного заболевания: хр.холецистит, гнойный ангиохолангит, пролежень стенки 12-п.к. в области устья общего желчного протока, холестатические абсцессы в печени, дистрофия паренхиматозных органов.

Сопутствующие заболевания: Туберкулезный лимфаденит интраторакальных лимфоузлов в стадии заживления и петрификации.

В данном случае имеет место расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию, которое может быть отнесено к 3 категории расхождений. Причина расхождения кроется в неправильной трактовке полученных объективных данных (округлое образование в правом предреберье расценено как метастаз рака желудка в печень), неправильная интерпретация и переоценка данных эндоскопического исследо-

вания (деформация стенки желудка воспринята как эндифитный рак), недообследование больной (не сделана биопсия слизистой на месте предполагаемого рака желудка).

ПРИМЕР 3. Женщина 31 год, поступила в городской роддом по скорой помощи в сопровождении врача акушера-гинеколога в реанимацию из районного роддома. Состояние крайне тяжелое, медикаментозно загружена. А/Д 180/100 мм.рт.ст., пульс – 120 ударов в мин, кожа резко бледная, температура 36.7. Нб – 48г/л. Значительные отеки по всему телу. Акушерский статус ОЖ-100, матка – гиперплазия, высокий тонус, сердцебиение плода не прослеживается. Родоразрешение – кесарево сечение. В брюшной полости 800-900 мл геморрагической жидкости, матка предлежит к ране, темно-багрового цвета, на передней и задней стенке многочисленные подсерозные кровоизлияния – матка Кувелера. При вскрытии матки на передней стенке – свободно расположена послеродовая ткань и многочисленные сгустки крови. Плод 1900 гр, девочка мертвая с мацерацией кожи. Придатки гиперемированы, утолщены (правые удалены). Матка удалена, культя перитонизирована. Передняя и задняя стенка имбибированы кровью. Общая кровопотеря 2500. Моча по катетеру отсутствует. Послеоперационное состояние тяжелое, апасарка, одуговатое лицо, А/Д-180/110мм.рт.ст., ЧСС-120, ЧД-26. Кожа бледная, в местах инъекции кровоизлияния. Введено жидкости 1800.0: в т.ч. – 1100,0 крови. Моча по катетеру, с 6 часов – 300 мл. Выведено всего – 1200.0 мл. По дренажу из брюшной полости – алого цвета отделяемое до 1000 мл. На следующий день отделение жидкости по дренажу прекратилось, перелито 500,0 мл крови 0(I), А/Д 160/100 мм.рт.ст., диурез с 8:00 до 17:00 – 380.0 мл темно-желтого цвета. Мочевина 13 г/л.

В последующие сутки жалобы на тошноту, головную боль, вечером судорожная готовность, кровянистые выделения из носа, приступы судорог, А/Д 150/100 – 160/100 мм.рт.ст., жесткое дыхание. Сделано: дроперидол, омнопон, глюкоза, эуфиллин, лазикс.

На следующий день АД130/120 мм.рт.ст., повторный приступ эклампсии на фоне носового кровотечения. Из-за тяжести состояния осуществлен перевод на ИВЛ. Диурез адекватный. Экзофтальм, помутнение роговиц, склер. Реакция на свет зрачков вялая. В местах инъекции кровоизлияния. А/Д170/100мм.рт.ст. Тоны

сердца приглушены, нарушение ритма. Моча по катетеру 600.0 мл. За 12 часов введено 800 мл. крови, 100 альбумина 300 мл свежей плазмы. Время свертывания – 9 мин. Во время осмотра приступ с судорогами. Проведена нижняя трахеостомия. Диурез за сутки 2400.0, температура 37.7. В глубоком сопоре. Через два дня наступило резкое повышение А/Д – 210/140 мм.рт.ст. В 16:15 часов остановка сердца. Тотальный цианоз; в/в гидрокортизон, реанимационные меры. Диурез снижен до 50. Отеки А/Д 180/120 мм.рт.ст. В 22:30 часов при смене положения тела в интубационной трубке кровь, остановка сердца. В 22:45 часов – биологическая смерть. Анализ крови: Нб-48-45 г/л, эритроциты – 2.76-0.55, лейкоциты – 12.9, время свертывания – 9 мин 60 сек, сегментоядерных лейкоцитов – 80, СОЭ – 8 – 18 – 43 мм/час, анизацитоз, пойкилоцитоз, полихроматоз. Мочевина 30 ммоль/л, билирубин общий – 7 мкмоль/л, прямой – 2.6 мкмоль/л, не прямой – 4.4 мкмоль/л, АЛТ – 0.64, АСТ – 0.28, общий белок – 54 г/л, холестерин – 148. Спинальная жидкость: белок 0.05, цитоз ч/з, лейкоциты 0-0-1, эритроциты 8-9. Моча мутно-красная, белок 0.425%, эритроциты сплошь.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: Беременность 32–33 нед. Нефропатия тяжелой степени, анемия 3–4 степени, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), антенатальная гибель плода, кесарево сечение в шеечно-маточном сегменте, надвлагалищная ампутация матки в сочетании с хроническим пиелонефритом.

Осложнение: Эклампсия, отек мозга. ССН, подострая форма ДВС – синдрома, коагулопатия потребления, ОПН в стадии олигоурии.

Краткий протокол вскрытия. Труп женщины правильного телосложения, удовлетворительного питания. Трупное окоченение выражено во всех группах исследованных мышц. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Трупные пятна по задней поверхности тела, темно багровые. Нижняя часть тела, нижние конечности отечные. На передней брюшной стенке в нижней трети живота послеоперационный разрез, ушитый шелковыми нитками. В правой подключичной области разрез на месте катетера. Вскрытие полости черепа. Мягкие ткани и кости черепа целы, твердая мозговая оболочка напряжена, мягкая резко отечна с инъецированными сосудами. Ткань мозга с хорошо различимым серым и белым веще-

ством. В белом веществе четкие пятна и полосы, не исчезающие при поглаживании ножом. С поверхности разреза стекает небольшое количество бесцветной жидкости. Желудочки мозга обычной формы, эпендима их гладкая, блестящая. Хориоидальные сплетения без видимой патологии. Мозжечок обычной формы, с хорошо выраженным «деревом жизни» на разрезе.

Вскрытие грудной и брюшной полостей. Органы расположены в полостях правильно. В грудных полостях около 50.0 мл прозрачной соломенно-желтого цвета жидкости. Легкие выполняют грудную полость на плевре мелкоочечные кровоизлияния. Задне-нижние отделы легкого (VI, IX, X сегменты) темно-багровые, безвоздушные, ткань легкого, взятая из этих участков тонет в воде. Слизистая трахеи и бронхов застойная, с мелкоочечными кровоизлияниями, в их просвете пенисто-кровянистая жидкость. С поверхности разреза стекает пенистая жидкость. Пищевод с мелкоочечными кровоизлияниями на слизистой, слизистая застойная, с продольной складчатостью. Желудок пуст. Слизистая его окрашена желчью, атрофична, на поверхности определяются очаги кровоизлияний, мелкие эрозии. В тонкой и толстой кишке соответствующее отделам содержимое, слизистая отечная с мелкоочечными кровоизлияниями и эрозиями. Поджелудочная железа мелкоочечная, розово-серого цвета. Под капсулой определяются мелкоочечные кровоизлияния. Печень размерами 30x20x12x10 см. Капсула тонкая, гладкая, под капсулой мелкоочечные кровоизлияния, на разрезе ткань пестрая, желтовато-коричневые очаги чередуются с красно-коричневыми. Желчные пути свободно проходимы. Почки равновелики 14x6x5 см, массой 180.0 гр, бледно-коричневые с мелкоочечными кровоизлияниями, капсула снимается с небольшим усилием, под капсулой ткань мелкозернистая, граница мозгового и коркового слоёв нечеткая. В отдельных участках коры определяются бледные очаги. Надпочечники листовидной формы. Корковый слой желто-коричневый, мозговой в состоянии распада. Селезенка плотная 12x6x4 см, массой 180 гр. Капсула тонкая, гладкая. На разрезе пульпа вишнево-красная, с небольшим соскобом пульпы. В сердечной сорочке до 20 мл соломенно-желтого цвета жидкость. Сердце массой 800.0 гр, размером 14x15x6 см дряблос. Эпикард гладкий, блестящий, под ним мелкоочечные кровоизлияния. Толщина стенки левого желудочка 1.5 см, правого 0.4 см. По-

лости сердца расширены, миокард тусклый, имеет вид вареного мяса. Коронарные сосуды без видимой патологии. Створки клапанов сердца не изменены.

Гистологическое исследование. Почки: хронический мембранозный гломерулонефрит, зернистая дистрофия канальцев, гиалиновые цилиндры, сегментарный некротический нефроз. Головной мозг: В капиллярах переваскулярный отёк, полнокровие, эритроцитарные и фибриновые тромбы. Печень – отёк, дисконфлексация балок и клеток, глубокая баллонная и гидроническая дистрофия гепатоцитов. Селезёнка: умеренная гипоплазия фолликулов. Слизистая бронхов: метаплазия, мышечный отёк, кровенаполнение, эритродиapedоз. Лёгкие: отёчная жидкость в альвеолах, фибриновые тромбы в капиллярах, резкое полнокровие, гнойный экссудат в бронхах и альвеолах. Сердце: отёк интерстиция миокарда, фибриновые тромбы, гипертрофия отдельных кардиомиоцитов, фрагментация всех слоёв, некробиоз и некроз, образование микроэрозии и острых язв, полнокровие сосудов в серозной оболочке. Матка: тромбоз крупных венозных сосудов, кровоизлияния, миолиз, эритроцитарные и фибриновые тромбы.

Клинико-патологоанатомический эпикриз: Беременная женщина, 31 год (поздняя первая беременность) поступила на машине скорой помощи в реанимационное отделение роддома с гестозом тяжелой степени (диффузные отеки, повышенным А/Д – 190/100 мм.рт.ст., белок в моче – 1.428%), выраженной анемией (Hb 48 г/л). Диагностировано антенатальная гибель плода. Проведена операция кесарева сечения кровопотеря оценена в 2500.0 мл. После операции диурез отсутствует, развивается ДВС – синдром, неоднократные эклампсические судороги. В последующие дни анурию удаётся перевести в полиурию, но водно-электролитный баланс, по всей видимости, остается нарушенным, с чем можно связать остановку сердца. При клинико-анатомическом анализе установлено, что женщина, страдала также хр. мембранозным гломерулонефритом протекавшим, по видимому, с нефрогенной гипертензией, судя по гипертрофированному сердцу, и послужившим неблагоприятным фоном для развития и течения беременности с эклампсией. Последняя осложнилась маткой Кувелера, антенатальной гибелью плода, а массивная кровопотеря, связанная с ним, привели к ДВС – синдрому, острой почечной недостаточности с сегментарными

некрозами в обеих почках. Непосредственной причиной смерти явилась острая почечная недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: Основное заболевание: Эклампсия при 1-ой беременности сроком 32–33 недели (O15).

Осложнение основного заболевания: ПОНРП, матка Кувелера, антенатальная гибель плода, операция кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, ампутация матки с правыми придатками, острая постгеморрагическая анемия ДВС – синдром (кровоизлияния во внутренние органы, фибриновые и эритроцитарные тромбы в миокарде, головном мозге и в матке), сегментарный некроз почек, гипертрофия миокарда.

Глава 3.

БИОПСИЯ КАК МЕТОД МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИОПСИИ

Одним из важнейших методов клинико-анатомического анализа является биопсия. Биопсия – это прижизненное исследование органов и тканей больного с целью установления или подтверждения клинического диагноза. Биопсия позволяет с большей точностью диагностировать патологический процесс, а также определить клинически неясные, например начальные стадии новообразования, распознавать различные воспалительные гиперпластические и опухолевые процессы. Биопсия необходима для уточнения уже поставленного диагноза, проведения дифференциального диагноза. Повторная биопсия позволяет проследить морфологическую динамику процесса и влияния на него лечебных мероприятий. Чрезвычайно важна биопсия при определении ранних проявлений заболевания, особенно опухолей. В настоящее время каждому 3-му больному находящемуся в стационаре, производят биопсию. Непреодолимых технических сложностей для взятия биопсии из любого органа и ткани на сегодняшний день нет.

Заключение о характере патологического процесса выносится врачом-патологоанатомом на основании гистологического исследования поражённого участка с учётом его макроскопической картины и клинических данных. По существующему положению материал, удаляемый во время хирургических вмешательств, подвергается обязательному гистологическому исследованию. Это необходимо для уточнения дооперационного клинического диагноза. Биопсии широко применяются в современной медицинской практике, особенно в онкологии, где они являются ведущим диагнос-

тическим методом, позволяющим определить характер опухоли, её гистогенез, степень анаплазии клеток, что даёт возможность сделать вывод о степени злокачественности опухоли. Такая детализация необходима для выбора метода лечения. В настоящее время нельзя лечить больного со злокачественной опухолью без её предварительного морфологического исследования, т.к. опухоли разного происхождения и разной степени зрелости неодинаково поддаются различным методам терапии. Результаты биопсии во многом зависят от того, насколько удачно взят материал для исследования. Важно иметь в виду, что, если материал взят из очага поражения или только из окружающих тканей, то результат его будет различным. Также как, если материал содержит живые, или одни лишь некротизированные клетки. Помимо этого результат исследования зависит от качества фиксации и приготовления гистологических препаратов, т.к. неправильно фиксированные, недостаточно тонкие и плохо окрашенные препараты могут не только затруднить исследование, но и привести к ошибочному диагнозу. Получение необходимого для морфологического исследования материала может осуществляться различными способами, в связи с чем различают несколько видов биопсии: инцизионную, пушкционную и аспирационную. При инцизионной биопсии хирургическим путём удаляется ткань для последующего гистологического исследования. Этот метод имеет наибольшее распространение. Инцизионная биопсия называется тотальной, если для исследования удаляется весь патологический очаг. Иссечение ткани при поверхностно расположенных патологических образованиях осуществляется скальпелем, электроножом или спец. инструментами типа конхотома. В этих случаях биопсия проводится без анестезии или используется местное обезболивание. При этом обезболивание необходимо производить таким образом чтобы не получить артефактов в иссекаемых участках ткани (не следует применять слишком сильной инфильтрации новокаином и вводить раствор в патологический очаг). При инцизионных биопсиях в ряде случаев необходимо пользоваться и общим наркозом. Например, при биопсии лимфатических узлов переднего средостенения во время медиастиноскопии. Проведение инцизионной биопсии требует определенных правил. Полагается иссекать кусочек, захватывая патологическую и не измененную ткань. Нецелесообразно брать на исследование ткани из

некротизированных участков язвы или опухоли. При небольших образованиях следует иссекать их полностью, а образовавшийся дефект ушить. После иссечения кусочка ткани при подозрении на злокачественную опухоль место иссечения подвергается электрокоагуляции или обработке 96% этиловым спиртом. Размеры кусочка определяются в зависимости от характера и локализации патологического очага, но он должен быть достаточным для проведения исследования. Наиболее оптимальным размером является 1х1х1 см. После вскрытия патологического очага решается вопрос о возможности удаления его полностью. В тех случаях, когда это невозможно, из патологического очага иссекается участок ткани с прилежащей неизменной тканью. При биопсии лимфатического узла следует стремиться удалить последний (или несколько прилежащих друг к другу узлов) полностью, не нарушая целостности капсулы и минимально травмируя его. Не следует сильно зажимать и мять лимфоузел пинцетом или др. инструментами. Иссечённый материал сразу же помещается в фиксирующую жидкость.

Гистологическое исследование биопсийного материала широко сочетается с цитологическим исследованием. В связи с этим целесообразно до погружения иссеченного участка ткани в фиксирующий раствор взять с его поверхности отпечаток или мазок для цитологического исследования. Такая методика особенно ценна при экстренных биопсиях, когда срочное гистологическое исследование невозможно или необходимы специальные гистохимические реакции. В таких случаях цитологическое исследование, не заменяя гистологического, существенно его дополняет.

Следует иметь в виду, что инцизионная биопсия применяется не только в хирургической практике или при диагностике болезни системы крови и лимфатической системы. Она широко применяется в практике терапевта при дифференциальной диагностике ревматических болезней, когда исследованию подвергается кожа, в клинике кожных болезней и т.д. Особенностью пункционной биопсии является получение необходимого для гистологического исследования материала с помощью специальных или обычных инъекционных игл, троакаров. Иглой добывается столбик ткани из патологического очага, который и подвергается гистологическому изучению. Использование обычных инъекционных игл (диаметр до 1 мм) даёт возможность в ряде случаев сочетать пункцион-

ную биопсию с цитологическим исследованием. Однако при использовании обычных игл малого диаметра столбик ткани получить удаётся не всегда. В связи с этим для пункционной биопсии применяют специальные иглы диаметром до 2–3 мм различные по конструкции. Это расщеплённая игла с кашпией Сильвермана, спиралеобразная игла Биглейзера, игла в виде «свистка» с мандреном, режущая игла Тищенко, игла со спиральным резцом Палинки и др. Имеются и специальные инструменты типа бормашин, в которых игле придаётся вращательное движение, а извлечение вырезанного столбика ткани осуществляется шприцом или специальной помпой. Для пункционной биопсии плотных образований (кость, хрящ) используются специальные трепаны. Поэтому этот вид биопсии получил название трепанобиопсии. В отдельных конструкциях игл для пункционной биопсии предусмотрена возможность проведения электрокоагуляции, что значительно уменьшает опасность диссеминации злокачественных опухолей, кровотечения и образования гематом. Пункционная биопсия проводится под местной анестезией с предварительным рассечением кожи над местом погружения иглы в зону патологического очага. Основным условием правильного выполнения пункционной биопсии является точное определение места доступа к патологическому очагу, из которого должен быть получен материал для исследования. В последнее время с этой целью широко применяются установки для ультразвукового исследования.

При аспирационной биопсии необходимый материал получают аспирацией через иглу шприца или специальными инструментами из полых органов или полостей. Так получают материал из полости желудка при эндоскопических исследованиях, полости матки, плевральных и брюшной полостей, суставов и т.д. В настоящее время достаточно часто стал использоваться метод тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ), позволяющий исследовать клеточный состав практически любого органа. При этом полученный материал в виде столбика наносится на предметное стекло, фиксируется, а затем подвергается гистологическому исследованию. Малая травматичность метода позволяет использовать его многократно у больного, что значительно повышает его ценность. Наиболее благоприятным для исследования является материал, полученный при инцизионной биопсии, т.к. кусочек достаточно большой ве-

личины получают из наиболее характерного места, что позволяет изучить различные отделы поражённого участка. Особенно бережное отношение должно быть к материалу, полученному при пункционной (аспирационной), трепанобиопсии, когда получают очень маленький кусочек ткани. При транспортировке материала в патогистологическую лабораторию необходимо предохранять его от высушивания, загорания, замораживания и т.д., так как это деформирует ткани, приводит к образованию артефактов. С этой целью полученный для исследования материал должен быть помещён в соответствующего объёма сосуд, и залит фиксирующей жидкостью в соотношении 1:5. В качестве фиксатора наиболее удобно применять свежеприготовленный 10% нейтральный формалин или 70% спирт. В случае удаления органа или его части в патологоанатомическое отделение должен быть направлен весь удалённый материал. Для правильной оценки гистологической картины патологоанатом должен располагать детальными сведениями о больном (пол, возраст, диагноз, описание обнаруженных изменений), о локализации очага поражения, связи его с анатомическими образованиями, виде очага во время операции, анамнезе, клинических проявлениях заболевания, а в случае необходимости, ознакомиться с результатами лабораторных исследований, рентгеновскими снимками, со сведениями о предшествующей терапии. Отсутствие клинических данных значительно затрудняет исследование и может привести к диагностической ошибке. Однако даже при соблюдении всех технических условий диагностика патологического процесса не является простым делом из-за большого разнообразия патологических процессов, а также наличия промежуточных состояний. Нередко исследование проводится в период болезни без характерных признаков или эти признаки искажены наложившимися неспецифическими изменениями. Самой большой трудностью является диагностика начальной стадии малигнизации, гистогенеза резко атипизированных опухолей, начала системных заболеваний крови. Постановка диагноза в этих случаях помогают исследования с применением гистохимических, иммуногистохимических и других тонких и, к сожалению, очень дорогостоящих методик. Однако, сегодня нельзя себе представить правильное и целенаправленное лечение злокачественных опухолей молочной и предстательной желез, матки без иммуногистохимического ис-

следования на предмет наличия или отсутствия соответствующих рецепторов. То же самое можно сказать и о лимфомах. Без определения типа клеток иммуногистохимически, назначить правильную и эффективную химиотерапию практически невозможно.

В последнее время значительно возросла роль биопсии в диагностике не только онкологических заболеваний. В первую очередь это касается гастробиопсии. При помощи этого метода возможна ранняя диагностика различных форм хронического гастрита, язвенной болезни и, что особенно важно, предопухолевых поражений желудка. Гастробиопсия проводится во всех случаях, когда необходимо установить или уточнить диагноз любого первичного заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь, опухоль, ожоги и их осложнения), определить характер изменений в желудке, обусловленных заболеваниями соседних органов (печени, поджелудочной железы, желчного пузыря) и т.д. Противопоказания к гастробиопсии относятся скорее к противопоказаниям проведения гастроскопии – болезни пищевода и окружающих его органов, а также выраженная сердечно-сосудистая и лёгочная недостаточность различной этиологии. Осложнения также связаны с проведением гастроскопии – перфорация пищевода и желудка. Возможны кровотечения из взятого для биопсии участка слизистой.

Биопсия играет важную роль при дифференциальной диагностике хронических гломерулонефритов и выбора терапии этого заболевания. Обнаружение «минимальных изменений», мезангиопролиферативного и мезангиомембранозного вариантов служат основанием для проведения «ударной терапии» глюкокортикоидами. В то же время как мезангиокапиллярный нефрит, и особенно фокально-сегментарный гломерулосклероз и выраженный фибропластический процесс делают это лечение бесперспективным. В этих случаях необходимо решать вопрос о применении цитостатиков.

Показаниями для проведения биопсии почки является:

1. Уточнение диагноза:

а) при клубочковой или канальцевой органической протеинурии, нефротическом синдроме – для разграничения гломерулонефрита, амилоидоза, диабетической нефропатии, хронического интерстициального нефрита, пиелонефрита;

б) при почечной двусторонней гематурии (после исключения урологического источника кровотечения) для дифференциальной

диагностики между диффузным пролиферативным гломерулонефритом, болезнью Берже, наследственными нефропатиями, хроническими интерстициальными нефритами;

в) при быстро прогрессирующей почечной недостаточности с нормальными размерами почек (при наличии условий для срочного гемодиализа в случае осложнения биопсии) для разграничения подострого гломерулонефрита, болезни Гудпасчера, острого интерстициального нефрита, острого канальцевого некроза, кортикального некроза, гемолитически-уремического синдрома;

г) при тубулопатии неясного генеза.

2. С целью подбора терапии для уточнения активности, исключения морфологических вариантов нефрита, делающих пассивную иммуносупрессивную терапию бесперспективной, определения выраженности фиброэпителиальной трансформации почечной ткани:

а) при брайтовом хроническом гломерулонефрите с выраженным мочевым или нефротическим синдромом;

б) при волчаночной нефрите с умеренным мочевым синдромом или с начальными признаками почечной недостаточности;

в) при быстро прогрессирующем нефрите.

3. С целью динамического наблюдения:

а) для контроля за эффективностью терапии при брайтовом, волчаночном гломерулонефритом, амилоидозе;

б) для контроля за состоянием трансплантата при пересадке почки.

Противопоказаниями к проведению биопсии почек являются:

1. **АБСОЛЮТНЫЕ:** наличие у большого единственной почки, непереносимость прокаина, нарушение свёртывающей системы крови, аневризма почечной артерии, тромбоз почечных вен, правожелудочковая недостаточность, гнойный перинефрит, гидро- и пионефрит, кавернозный туберкулёз почек, опухоль почки. Биопсия не производится больным в коме, с психозами и деменцией.

2. **ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ:** тяжёлая диастолическая (свыше 110 мм.рт.ст.) гипертензия, выраженная почечная недостаточность (содержание креатинина в сыворотке крови более 0,5 ммоль/л), далеко зашедший общий атеросклероз, узелковый периартериит, миеломная болезнь, нефроптоз, патологическая подвижность почки.

Возможные осложнения: кровотечения в почечную лоханку, мочевые пути, проявляющиеся макрогематурией наблюдается у 50%

больных. Массивные кровотечения с образованием перирепальной гематомы – у 0.5–1.3%. К редким осложнениям относятся: разрыв нижнего полюса почки, гнойный паранефрит, образование артерио-венозной внутрипеченочной фистулы, повреждения других органов. Эффективность биопсии повышается при использовании эхографии, особенно при применении метода секторального сканирования с контролем поиска почки иглой с помощью дисплея. Крайне важен немедленный визуальный контроль за качеством биоптата (наличие клубочков) с помощью лупы. Биоптат, содержащий 8–10 клубочков, количество, необходимое для достоверного морфологического заключения, может быть получен в 90% закрытых биопсии почек. Результат биопсии почек в 20% случаев принципиально меняет клинический диагноз при дифференциальной диагностике нефрита и амилоидоза. В 30% биопсия почки, не изменяя клинический диагноз, существенно влияет на терапевтическую тактику, выявляя стероидорезистентные формы гломерулонефрита.

В терапевтической и хирургической практике довольно широко используется метод морфологического исследования печени. Он оказывает существенную помощь при дифференциальной диагностике хр. гепатитов, циррозов и фиброзов печени, при отсутствии клинических данных, объясняющих эти нарушения, подозрении на гемахроматоз, гликогенозы, амилоидоз и др. относительно редкие заболевания и патологические состояния. При дифференциальной диагностике внутри- и внепеченочного холестаза, а также острых и хронических заболеваний печени протекающих с желтухой, пункционную биопсию производят на 7–10 день после наступления желтухи. При более длительном холестазе и течении желтухи предпочтительнее проведение лапароскопии, чрезкожной восходящей холангиографии или пробной лапаротомии.

Показания для проведения биопсии печени при подозрении на поражение печени и при клинически установленных её заболеваниях:

- 1) гепатомегалия неясного генеза;
- 2) повышение содержания трансаминаз крови;
- 3) желтуха и (или) холестатический синдром неясного происхождения;
- 4) уточнение этиологии, степени тяжести, а также прогноза при остром гепатите, прежде всего при атипическом течении его;

5) уточнение диагноза, формы и активности хронических гепатитов и циррозов;

6) диагностика и установление стадии алкогольных поражений печени;

7) подозрение на гепатоцеллюлярный рак;

8) неясная портальная гипертензия;

9) подозрение на медикаментозное поражение печени;

10) контроль за течением и за эффектом лечения заболевания печени.

Показания при проведении биопсии печени при подозрении на системные заболевания:

1) лихорадка неясного происхождения;

2) подозрение на метастазы опухоли в печени;

3) подозрение на гранулематозные заболевания (туберкулёз, саркоидоз);

4) неясные заболевания кроветворной системы;

5) спленомегалия неясного происхождения;

6) подозрение на наличие болезней накопления.

Противопоказания к пункциям печени:

1. **АБСОЛЮТНЫЕ:** геморрагический диатез желтуха длительно более 1 месяца, нагноительные процессы, тяжелое состояние больного, подозрение на кисту или гемангиому печени.

2. **ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ:** гипертоническая болезнь 3 степени, анемия, ССН, асцит. Пункционную биопсию печени проводят после исследования состояния свертывающей системы крови. В специальной подготовке для проведения биопсии больной не нуждается.

Наиболее опасными осложнениями пункционной биопсии печени является кровотечение под её капсулу, в брюшную или плевральную полости. Опасность кровотечения возрастает с увеличением диаметра иглы и удлинением внутripеченочной фазы пункции. Редко биопсия осложняется развитием перитонита. В отдельных случаях наблюдается пневмоторакс и плевральный шок.

Одним из недостатков пункционной биопсии является то, что место взятия пунктата является в известной мере случайным. При диффузных поражениях печени это не имеет значения, тогда как при очаговых может быть получен «ложноотрицательный результат». В связи с этим и главным образом из-за опасности осложне-

ний при очаговых поражениях предпочтение отдают прицельной биопсии, производимой при лапароскопии и лапаротомии (инцизионная). Следует избегать биопсии свободного края печени в связи с физиологическим развитием в нём соединительной ткани, что затрудняет интерпретацию морфологических данных. Результаты биопсии в 75% подтверждает и в 24% изменяют первоначальный клинический диагноз. Клиническое значение имеют не только случаи, когда морфолог находит те или иные изменения, но и случаи, когда печень оказывается нормальной. Разумеется речь идёт только о репрезентативном материале достаточного объёма.

Не менее редко с целью диагностики применяются аспирационная биопсия легких. Как правило, она производится при бронхоскопии при подозрении на наличие опухолевого процесса. Противопоказанием к проведению биопсии являются противопоказания к проведению бронхоскопии – острая коронарная недостаточность, острые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, гипертоническая болезнь с повышением диастолического давления выше 110 мм.рт.ст., тяжелое общее состояние больного если бронхоскопия не проводится с лечебной целью.

Осложнения бронхоскопии возникают лишь при грубых нарушениях техники ее проведения. Используя метод бронхоскопии можно получить материал для гистологического исследования не только слизистой оболочки бронхов, но паренхимы легкого, а также бронхолегочных лимфоузлов. Это наиболее важно при диагностике таких заболеваний как периферические раки легкого, саркоидоза, экзогенного аллергического альвеолита, протеиноза легких. Помимо этого ткань легкого можно получить методом трасторакальной биопсии. Основным показанием для применения этого метода является подозрение на новообразование периферических отделов легкого или плевры. Метод может быть применен также для уточнения этиологии воспалительного процесса в паренхиме легкого и верификации диссеминированного поражения. Значительно реже проводится биопсийное исследование других органов и тканей. Кожа – один из наиболее трудных объектов для гистологического исследования. Чаще всего кожу исследуют с целью диагностики. Правильность патогистологического заключения во многом зависит от определенных условий при взятии биоптатов. Зависимости от того, какой элемент является типичным

для данного поражения, целесообразно производить биопсию свежего элемента или наоборот, зрелого. Например, при пузырьных заболеваниях необходимо биопсировать свежий элемент, а при лимфомах, гранулематозных изменениях – только старый. Кроме того, по возможности, биоптат должен включать весь участок пораженной кожи, если он не большой. Если очаг больших размеров, то кусочек должен быть взят из центра, где изменения, как правило бывают более выраженными, при некрозе – из жизнеспособной зоны поражения. Производить биопсию необходимо достаточно глубоко, особенно в тех случаях, когда процесс локализуется в глубоких отделах кожи (васкулит, уплотненная эритема Базена, панникулит, дерматомиозит и др.). В некоторых случаях желательно производить иссечение кусочков кожи одновременно из нескольких элементов различной степени зрелости. Так, при ряде инфекционных гранулём, наряду с туберкулоидным строением в некоторых участках обнаруживаются лишь банальные изменения (саркоидоз). При грибовидном микозе и других лимфомах в свежих элементах характерных изменений можно и не найти. Не всегда удаётся выявить атипичные клетки и при раке кожи, особенно в начальных стадиях. Весьма характерна гистологическая картина поражений кожи при системной склеродермии, красной волчанке, ревматоидных узлах. Биопсию кожи лучше всего производить циркулярным ножом, который значительно упрощает взятие материала и не травмирует подлежащие участки.

Биопсия сердца проводится с целью изучения его морфологических изменений (структурной перестройки кардиомиоцитов, стромы и микроциркуляторного русла миокарда, распространенности и выраженности склероза, гиперэластоза эндокарда и эпикарда) при различных заболеваниях. Чрезкожная пункционная биопсия производится с помощью специальной иглы. Катетеризационная (эндомиокардинальная) биопсия сердца осуществляется специальным катетером. При производстве биопсии сердца возможно возникновение единичных и множественных экстрасистол, нарушения сердечного ритма. Возможные осложнения пункционной биопсии сердца – томпонада сердца, трепетание и фибрилляция желудочков, коллапс. При катетеризационной биопсии возможны повреждения сосочковых мышц и сухожильных хорд, а также осложнения, общие для катетеризации сердца. Биопсия

синовиальных оболочек, суставного хряща, слизистых, мышц, а так же патологических образований тела гофусов, бурс, узлов, проводится при ревматических заболеваниях при необходимости дифференциальной диагностики моноартритов ревматической и перревматической природы. В ревматологии большую ценность представляет цитологическое изучение синовиальной жидкости.

Несколько отличается от обычной биопсии биопсия (соскоб) эндометрия. Прежде всего, врач-гинеколог должен правильно определить время, наиболее благоприятное для производства выскабливания. При этом предлагается руководствоваться следующим:

а) при бесплодии женщины с подозрением на недостаточность желтого тела или ановуляторный цикл соскоб берут непосредственно перед менструацией или при её начале;

б) при меноррагии, когда подозревается замедленное отторжение менструальной слизистой оболочке, соскоб берут на 5–10 день после начала менструации (в зависимости от длительности кровотечения);

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

г) при дисфункциональных ациклических кровотечениях типа метроррагии соскоб следует брать по возможности сразу после начала кровотечения.

Результат исследования гистолога в значительной мере зависит от того, как взят соскоб. Если на исследование поступают раздробленные кусочки ткани, то крайне затруднительно или даже невозможно восстановить структуру эндометрия. Между тем это затруднение легко устранимо при правильной технике выскабливания, целью которого является получение по возможности крупных, нераздробленных полосок эндометрия. Это достигается тем, что кюретку после проведения по стенке матки необходимо каждый раз выводить из цервикального канала. Удаленную при этом ткань бережно складывают на марлю, положенную на зеркало под шейку матки. Если кюретку не выводить каждый раз из цервикального канала, отделенная от стенок матки ткань слизистой оболочки при поспешных и несистематических манипуляциях кюреткой измельчается и часть остается в полости матки.

Биопсию эндометрия производят разными способами: в виде штриховых соскобов (цугов) или с помощью отсоса кусочков ткани слизистой из полости матки (аспирационная биопсия).

1. Полное диагностическое выскабливание матки производят после расширения цервикального канала расширителем Гегара (до N10). Обычно выскабливание производят раздельно, сначала из цервикального канала, затем из полости матки. Материал помещают в фиксирующую жидкость в две отдельные банки с пометкой откуда взят. При кровотечении, у женщин в климактерическом периоде или менопаузе, следует выскабливать маленькой кюреткой трубные углы матки, т.к. именно в этих участках могут локализоваться полипозные разрастания эндометрия, в которых наиболее часто начинается малигнизация. Если из цервикального канала или из полости матки при первых введениях кюретки удаляют мягкую, крошковидную ткань, то ввиду подозрения на карциному, дальнейшее выскабливание сразу прекращают. В гистологическую лабораторию необходимо отправлять весь выскобленный материал.

2. Штриховые соскобы эндометрия (цуги) берут с целью определения реакции слизистой оболочки на эндокринную функцию яичников, контроля результатов гормональной терапии, выяснения причины бесплодия женщины. Методику цугов нельзя применять при маточных кровотечениях т.к. в таких случаях необходимо исследовать эндометрий всех стенок матки. Перед введением кюретки полость матки зондируют. Для получения цугов пользуются маленькой кюреткой, которую у рожавших женщин иногда удается ввести в полость матки довольно легко, без расширения цервикального канала. У не рожавших женщин, особенно при наличии узких инфантильной матки, необходимо провести расширение цервикального канала, предварительно применив средства, расслабляющие область внутреннего зева (белладонна, атропин, новокаин). При взятии цуга необходимо провести кюретку до дна матки, чтобы была захвачена сверху донизу слизистая оболочка, выстилающая все отделы матки. Для получения правильного ответа патогистолога по методу цугов достаточно иметь 1-2 полоски эндометрия.

3. Аспириационную биопсию – получение кусочков эндометрия путём отсоса рекомендуют для массовых обследований женщин, преимущественно в целях выявления рака эндометрия. При подо-

зрения на рак тела матки метод вакуум биопсии не показан, т.к., даже при положительных результатах, не позволяет установить локализацию и степень распространенности опухоли в матке, а отрицательные результаты не отвергают с уверенностью начальные формы бессимптомно протекающего рака. Наиболее верным, надёжным и единственно показанным диагностическим методом остается в этом случае осторожное выскабливание всех стенок матки.

Врач, берущий биопсию, посылает в лабораторию материал, залитый фиксирующей жидкостью, в посуде, на которой указывается фамилия больного, отделение и № истории болезни вместе с сопроводительным направлением (Толчисва О.И. и др., 1979). Для эндоскопических, пункционных и инцизионных биопсий терапевтических и хирургических больных целесообразно использовать обычные направления, образец которого приводится нами в приложении №1 (документы ПАС).

По нашему мнению для соскобов эндометрия желательно использовать образец, приведенный в приложении №1 (документы ПАС). Существенное значение имеют сведения о конституциональном типе больного, об эндокринных нарушениях (ожирение, сахарный диабет, изменения щитовидной железы, надпочечников), о том получала ли больная лечение гормонами, применяла ли гормональные контрацептивы, пользовалась ли внутриматочными спиралями.

Современная патологическая анатомия, и ее важнейшая составляющая – онкоморфология после определенной стагнации открыла в себе «новое дыхание» и в последние 20–25 лет пополнилась такими знаниями, которые без преувеличения можно назвать революционными. Во многом (если не во всем) это связано с достижениями молекулярной биологии и внедрением в научную и практическую деятельность патологов соответствующих методов исследования, которые еще совсем недавно являлись прерогативой лишь очень крупных, преимущественно западных, научных центров.

Очевидно, что новое всегда базируется на фундаменте, поставленном предшественниками, и поэтому под современными методами мы понимаем не только ультрановые методики (порой еще малодоступные отечественному врачу), а весь комплекс приемов, используемых повседневно как в рутинной деятельности морфолога, так и в научной среде.

Лучшей иллюстрацией к этому тезису служит то обстоятельство, что человечество более чем за 150 лет не смогло изобрести замену гематоксилину и эозину. Эта окраска, покоровшая лаборатории всего мира, по своей важности, востребованности, незаменимости по праву может считаться самой современной. Несколько иначе обстоит дело с другими (дополнительными) окрасками.

С внедрением иммуногистохимии (ИГХ) их значимость несколько снизилась. Однако на сегодняшний день не все лаборатории обладают возможностями для проведения ИГХ исследований, и в то же время даже в прекрасно оборудованных лабораториях по-прежнему используются окраски на соединительную ткань (по ван-Гизону, по Маллори). Также, например, при диагностике липосарком бывает незаменимой окраска на жир (суданом III или IV), а верификация солидных аденокарцином легких или анализ биоптатов желудочно-кишечного тракта не обходится без окрасок на слизь.

В последнем (четвертом) издании классификации опухолей ВОЗ (2007), каждая, представленная в ней нозологическая единица характеризуется 8–15 рубриками, включающими в себя определение с синонимами, краткой историей, кодом по МКБ-О, эпидемиологическими данными (частота, пол, возраст), краткой клинической характеристикой, классическими в патологии макро- и микроскопическими описаниями, ИГХ и ультраструктурной характеристикой, степенью пролиферативной активности, дифференциальным диагнозом, сведениями по генетическим особенностям, гистогенезу, факторам прогноза и предрасположенности.

Эпидемиология опухолей уже выделяется в отдельную специальность, подходы к макро- и микроскопическому описанию стандартны и, как и прежде, изобилуют образными сравнениями («капитан Цюльха», «бульжная мостовая»). При этом, необходимо упомянуть, что в последние годы в связи с достижениями молекулярной генетики, все чаще появляются новые нозологические единицы (стромальная опухоль желудочно-кишечного тракта, папиллярная глионейроэпителиальная опухоль, ангиоцентрическая глиома и т.д.) и переименовываются ранее хорошо известные опухоли (гемангиобластома вместо ангиоретикулома, злокачественная опухоль периферического нервного ствола вместо нейрогенной саркомы), уходят в прошлое давно привычные термины (менингеальная саркома, монстроклеточная саркома).

Так, только за 7 лет, прошедших с выпуска третьего издания классификации опухолей ЦНС, в последнем издании (2007) появились 4 новых нозологических единицы, а в 6-ти прежних произошли те или иные изменения/дополнения.

Здесь мы приближаемся к тому методу, который в последние десятилетия стал неотъемлемым в работе онкоморфолога – к методу ИГХ исследования, основанного на создании гибридной технологии, предложенного лауреатами Нобелевской премии Г.И.Ф.Келлером и С.Мильштейном.

Суть ИГХ метода заключается в проводимой на обычном гистологическом срезе реакции антиген-антитело, при этом антитело метится либо флюорохромом, либо ферментом, выявляемым с помощью гистохимической реакции (пероксидаза хрена, щелочная фосфатаза). Если искомым антиген (опухолевый, вирусный, микробный, аутоантиген и т.д.) присутствует в исследуемой ткани или клетках, то образующийся комплекс антиген-антитело указывает на его локализацию. Для усиления реакции используют биотин и стрептавидин. Особо ценным при использовании ИГХ метода является возможность использования материала после обычной фиксации в формалине, стандартной проводки и заливки в парафин.

Метод ИГХ позволяет:

- 1) осуществлять гистогенетическую диагностику опухолей;
- 2) определять нозологический вариант новообразования;
- 3) выявлять первичную опухоль по метастазу с неизвестным первичным очагом;
- 4) определять прогноз опухолевого заболевания;
- 5) определять злокачественную трансформацию клеток;
- 6) определять возможности таргетной терапии;
- 7) выявлять как резистентность, так и чувствительность опухолевых клеток к химиотерапевтическим препаратам;
- 8) определять чувствительность опухолевых клеток к лучевой терапии.

Для достижения перечисленных целей используют тканеспецифические антигены:

- эпителиальные – семейство цитокератинов, ЕМА;
- лимфоцитарные – семейство CD, TdT;

нейроглиальные – NSE, Syn, GFAP, NF; меланоцитарные –
HMB-45, тирозиназа, мелан А, белок S-100;

мезотелиальные – мезотелин, кальретинин

Органоспецифические:

молочная железа – ER, PGR; HER2-new

предстательная железа – PSA, PAP;

щитовидная железа – тиреоглобулин, кальцитонин, TTF-1;

печень – гепатоцитарный антиген;

легкое – сурфактант, TTF-1;

герминогенные опухоли – PLAP, HCG),

онкогены, гены- супрессоры и онко-белки (c-cerbB2/HER-2,
p53, bcl-2, c-myc),

определяют факторы неоангиогенеза (CDd131, CD34, VEGF,
тимидинфосфорилаза);

маркеры пролиферации (Ki-67) и др.

Особое значение для диагностики имеет коэкспрессия анти-
тел, например, цитокератинов и виментина, и различные вари-
анты экспрессии разных представителей внутри одной и той же
группы. Так, различные сочетания экспрессии или ее отсутствия
CK7 и CK20 позволяют разделить все эпителиальные опухоли на
4 группы, внутри которых производить диагностику становится
значительно легче. Что касается прогностических и предска-
зательных (вероятность ответа на специфическую адьювантную
терапию) факторов, то определение экспрессии белка HER2 при
раке молочной железы (определение прогноза и целесообразности
назначения герцептина) и выявление c-kit при стромальных
опухолях желудочно- кишечного тракта (таргетное лечение гли-
веком) постепенно становится тривиальным методом исследо-
вания в современной патологической анатомии. В этом же ряду
находится определение мутированного гена супрессора p53, экс-
прессия которого является фактором плохого прогноза и неэф-
фективности адьювантной терапии при раке молочной железы,
желудочно-кишечного тракта, легких, мочевого пузыря и пред-
стательной железы.

Нельзя переоценить определение рецепторов эстрогенов и
прогестерона для назначения гормонотерапии при лечении опу-
холей репродуктивных органов.

ИГХ методики определения этих рецепторов были разработаны лишь в последние 15 лет, но уже стали обязательными в практике онкоморфологов. Несмотря на то, что определение рецепторов эстрогенов и прогестерона носит полуколичественный характер (ранее в баллах, совсем недавно – в процентах), их прогностическое и предсказательное значение весьма отчетливо.

В современной онкоморфологической диагностике чрезвычайно важным является определение маркеров пролиферации, отражающих пролиферативную активность как фактора злокачественной трансформации клетки, так и в последующем поведении уже развившихся опухолей. Среди них на первое место выдвинулся антиген Ki-67, экспрессирующийся во всех фазах митотического цикла.

На основании многочисленных исследований определено, что индекс пролиферации в самых разных опухолях является независимым прогностическим фактором, определяющим вероятность возникновения рецидива, общую и безрецидивную выживаемость. Кроме этого представляется возможным использовать этот маркер и как показатель лечебного патоморфоза. Так было показано, что после проведения химио-, лучевой неoadьювантной терапии рака прямой кишки число клеток, экспрессирующих Ki-67 в операционном материале, значительно снизилось по сравнению с их экспрессией в первичном (до лечения) биопсийном материале.

Кроме вышеперечисленных антигенов в последнее время изучаются соединения, регулирующие прохождение клеток по митотическому циклу – циклины, циклин-зависимые киназы и их ингибиторы (p21, p27), факторы ангиогенеза (сведения противоречивы), выявляются возможности определения злокачественной трансформации клеток (высокомолекулярные цитokerатины, АМАСК).

Проточная цитофлюорометрия позволяет производить качественный и количественный анализ физических и биологических параметров клеток, фенотипирование опухолевых лимфоцитов, ДНК-анализ широко используется, прежде всего, в диагностике лимфом и других заболеваний крови.

Популярность электронной микроскопии, включающей в себя просвечивающую, сканирующую и высоковольтную, в морфоло-

гических дисциплинах в последние десятилетия стала значительно ниже по сравнению с 60–80 годами XX столетия.

Это связано как с трудоемкостью, так и с дороговизной метода. В современной практической морфологии применение электронной микроскопии оправданно лишь в тех случаях, когда конкретную задачу невозможно решить никакими другими методами.

Например, для дифференциальной диагностики опухолей мягких тканей, особенно в тех случаях, когда опухоль утратила антигенную структуру, или для проведения дифференциального диагноза среди опухолей с идентичным иммунопрофилем. К примеру, для дифференциального диагноза между периневриномой и low grade фибромиксоидной саркомой, поскольку обе опухоли, имея схожую морфологическую картину, могут экспрессировать эпителиальный мембранный антиген.

В настоящее время в хорошо оснащенных лабораториях все шире и интенсивнее внедряются молекулярно-генетические методы диагностики (блоттинг и его разновидности, сравнительная геномная гибридизация (CGG – comparative genomic hybridization), флюоресцентная гибридизация in situ (FISH – fluorescence in situ hybridisation, CISH (chromogenin in situ hybridisation), методы, в основе которых лежит полимеразная цепная реакция (ПЦР).

На практике наибольший интерес представляют FISH, CISH и ПЦР.

FISH анализ идеален для обнаружения специфических нуклеотидных последовательностей в клетке. Выделяют in situ ДНК гибридизацию, где объектом исследования является ДНК, а в качестве зонда можно использовать целую хромосому или ген(ы), и in situ РНК гибридизацию, где объектом выступает мРНК.

Для данной методики необходим флюоресцирующий нуклеотидный зонд. Последовательность таких нуклеотидных зондов комплементарна части генома и скрещивается согласно стандартным правилам спаривания оснований нуклеиновых кислот по принципу комплементарности Watson-Crick. Зонды могут быть специфичны одному гену, плечу хромосомы или центromере в зависимости от интересующего вопроса. Затем, меченые клетки подсчитываются во флюоресцентном микроскопе. Например, если были использованы флюоресцирующие нуклеотидные зонды к p53 при исследовании опухоли и идентифицируется только

одно пятно, то следует считать, что имеет место деления гена *p53* в другой аллели.

FISH анализ успешно применяется в диагностике лимфом. Например, фолликулярная лимфома характеризуется $t(14; 18)$, а лимфома из клеток маптии – $t(11;14) (q13;q32)$. Для последней диагностическая чувствительность метода составляет около 95%. Также FISH анализ нашел широкое применение в оценке HER2 статуса больных раком молочной железы.

CISH метод в целом аналогичен FISH. Однако при проведении методики используются меченные хромогеном нуклеотидные зонды, которые могут быть визуализированы в обычном световом микроскопе (в режиме яркого света). Объектом исследования также могут быть кусочки ткани, клетки, отдельные хромосомы. Метод является весьма объективным в оценке генного статуса в опухолевой ткани. Данная модифицированная методика наиболее широкое применение нашла для определения уровня амплификации HER2 гена в раке молочной железы. С этой целью CISH анализ может быть выполнен двумя путями: с использованием только HER2 зонда или с использованием HER2 зонда и зонда хромосомы 17. CISH имеет большое преимущество перед FISH, поскольку использование пероксидазы, меченной хромогеном, в отличие от флюоресцирующих аналогов, позволяет определять HER2 статус одновременно с рутинным морфологическим исследованием.

Методы, в основе которых лежит ПЦР (микросателлитный анализ, ПЦР в режиме реального времени и др.) благодаря своей скорости и чувствительности широко применяются в диагностике различных опухолей и патологических состояний. Например, в диагностике лимфом, опухолей мягких тканей, для выявления циркулирующих в крови опухолевых клеток, в частности клеток рака предстательной железы. Показана высокая диагностическая значимость ПЦР при диагностике как *c-kit* позитивных, так и, что более важно, *CD117*-негативных стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта.

Метод *tissue microarray* – достаточно новый метод анализа тканевых структур с высокой пропускной способностью и использованием иммуногистохимии и гибридизации *in situ*. Он требует специального дорогостоящего оборудования.

Все вышесказанное показывает, насколько в последние годы расширились возможности современного онкоморфолога с одной стороны, и как существенно повысилась его роль уже не только как диагноста, но и как участника лечебного процесса с другой.

Глава 4.

Нозология. Болезнь

Нозология – это учение о болезни, включающее биологические и медицинские основы болезней, а также вопросы их этиологии, патогенеза, номенклатуры и классификации. В соответствии с нозологией выделяют нозологические единицы или формы, другими словами, ту или иную конкретную болезнь с определенной этиологией и патогенезом, с типичными для нее симптомами и обуславливающими их морфофункциональными изменениями. Понятие о нозологии тесно связано с понятием болезнь.

Болезнь. Определений этого состояния достаточно много, но все они страдают либо громоздкостью, либо односторонней характеристикой. Как справедливо подчёркивал А.Д.Адо, дать совершенное определение понятию «болезнь» столько же трудно, сколько легко найти недостатки в любых попытках кратко и всеобъемлюще определить это понятие. Это связано прежде всего с тем, что очень трудно провести границу между здоровьем и болезнью. До сих пор в медицине нет чёткого понятия «норма», а без понятия о норме определение болезни дать трудно. Самое краткое определение болезни дал Р.Вирхов. По его мнению, болезнь – это жизнь при ненормальных условиях. Ю.Конгейм определял болезнь как отклонение от нормального жизненного процесса, обусловленное взаимодействием внешних и внутренних условий и регуляторных процессов организма.

С.Л.Боткин писал: «Всякое нарушение равновесия не восстановленное приспособляющейся способностью организма, представляется нам в форме болезни... Реакция организма на вредно действующие на него влияния внешней среды, и составляют сущность болезни».

По мнению А.И.Струкова «Болезнь человека возникает при встрече целостного организма с необычными для него условиями существования, что вызывает к действию через кору головного мозга, защитительные приборы организма для уравнивания его с внешней средой. Этот процесс жизнедеятельности организма – процесс борьбы за выздоровление, подчиняясь общим физиологическим механизмам, приобретает некоторые качественные особенности, характерные для каждого патологического процесса». А.Ашофф определил болезнь как «нарушение функций, вследствие которого возникает угроза жизни».

По мнению П.Н.Веселкина «Болезнь – это жизнь, нарушенная в своём течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь характеризуется общим и частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного».

В течение болезни различают 4 периода:

1. Латентный или скрытый период, который начинается с момента контакта организма с патогенным фактором и заканчивается в момент появления первых клинических признаков.
2. Продромальный период – длится от появления первых симптомов болезни до полной клинической картины заболевания.
3. Период собственно болезни или разгара характеризуется развитием характерной для данной болезни клинической картины.
4. Период окончания болезни зависит от её исхода. Исход может быть благоприятным, когда болезнь заканчивается выздоровлением или неблагоприятным, когда наступает рецидив, переход в хроническую форму или заканчивается смертью больного.

Следует подчеркнуть, что стадийность течения имеет место далеко не при всех заболеваниях. Так, психические, нервные, эндокринные болезни, болезни крови, обмена веществ, травмы, а также наследственные болезни значительно отличаются по своему возникновению и течению, что какая – либо периодизация к ним трудно применима. При любой болезни поражается целостный организм однако можно выделить ведущее звено – преимущественное поражение того или иного органа или системы. Сложность и многообразие связей между органами, большое количество при-

чин, путей и механизмов поражений органов и тканей, составляют объективную основу для выделения нозологических форм. В настоящее время их насчитывается свыше 20 тысяч. Нозологическая форма включает наиболее существенные клиничко – анатомические признаки болезни, лежащие в её основе, причинно – следственные отношения, этиологические, патогенетические, функционально – морфологические факторы. Кроме нозологических форм существуют синдромы – типовые группы симптомов, выявляющих взаимосвязанность органов, изменение функций, которых при патологии отражает нарушение гомеостаза и часто направлено на его восстановление. Понятие синдром отражает ту или иную сторону патогенеза нозологической формы без учёта её этиологии. Ряд синдромов могут составлять нозологическую форму, а некоторые, часто наименее изученные, являются на сегодняшний день самостоятельными формам (синдром Луи–Бар, Незелофа – при врождённых иммунных дефектах, синдром Шегрена – при системных коллагенозах, синдром Такаясу – при васкулитах и т.д.). В течение болезни могут появляться факторы, меняющие клиничко – анатомическую характеристику нозологической формы, её течение и исход. В результате возникает сложный комплекс взаимодействий, обуславливающий патоморфоз болезни. В связи с этим возникает проблема множественных болезней. Установлено, что множественные болезни комбинируются между собой на основе конституциональных особенностей организма или связанной с тем, что одна болезнь как бы открывает дорогу другой, снижая резистентность и изменяя реактивность организма больного. Среди множественных болезней выделяют координированные, развивающиеся одновременно, как бы совместно, и субкоординированные, возникающие последовательно. При совместном развитии болезней возможно суммирование эффекта их действие, утяжеление, или, наоборот, более лёгкое течение нескольких болезней или одной из них. При субкоординированных болезнях вслед за первоначальным заболеванием развивается вторая болезнь. Например, язва желудка может возникнуть при циррозе печени в результате повышенного содержания гастрина и его замедленного разрушения в печени, также одновременного повышения выработки кортикостероидов надпочечниками, что ведёт к снижению секреции муцина слизистой оболочкой желудка и уменьшает её устойчивость к воздействию

желудочного сока. Понятие болезни как нозологической единицы используется во всех классификациях болезней, независимо от того, какой специальный признак служит для них основой. Для разделения болезней на различные группы используются различные критерии:

1. Разделение болезней по признаку общности их этиологии на 2 основные группы – инфекционные и неинфекционные с последующим распределением на ряд частных подгрупп.

2. Группировка болезней по принципу общности социально опосредованного действие на организм человека природных и искусственно созданных человеком факторов внешней среды. Здесь выделяют профзаболевания, группу военной патологии, географической патологии и т.д.

3. Классификация болезней по анатомо-топографическому признаку локализации основного очага поражения (болезни лёгких, сердца, почек, печени, суставов, кожи и т.д.) явно условно, так как чисто местных болезней быть не может. Это относится к группировке по анатомо – функциональным системам (болезни органов дыхания, ССС и т.д.). Однако такие классификации необходимы для практики, они определяют формы специализации врачей и преподавания, а так же структуру врачебной помощи.

4. Группировка болезней по полу и возрасту (женские, детские, болезни старости).

5. Деление болезней по общности форм их развития и течения на острые, подострые и хронические.

6. Классификация болезней по сходству патогенетических механизмов (аллергические, коллагенозы и т. д.).

7. Деление болезней на органические и функциональные. В настоящее время такое деление не оправдано, так как в основе всех т.ч. функциональных расстройств лежат те или иные органические (структурные) изменения. Всё дело заключается в уровне структуры доступной в настоящее время для исследования.

Глава 5.

НОМЕНКЛАТУРА БОЛЕЗНЕЙ. МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ТРАВМ И ПРИЧИН СМЕРТИ

Номенклатура болезней представляет собой обширный перечень, или каталог общепринятых болезней или состояний, используемый врачами для правильного и единообразного обозначения болезней.

Под статистической классификацией болезней понимается определённая система распределения и объединения болезней и патологических состояний в группы и классы в соответствии с установленными критериями. В действующей международной классификации нашло отражение компромиссное решение подходов к группировке болезней. В ней отражен как этиологический, так и патологический принцип с учетом основной локализации болезни по органам и системам. Статистическая классификация болезней является руководством для систематизации наблюдений, при изучении заболеваемости и причин смерти населения, а также деятельности учреждения здравоохранения.

Она ограничивается определенным учетом рубрик, которые охватывают всю совокупность патологических состояний. Каждое конкретное заболевание или патологическое состояние в классификации имеет определенное место, рубрику или подрубрику. Классификация строится в соответствии с современным уровнем медицинской науки, в ней отражены последние данные по этиологии, патогенезу, клиническому течению отдельных болезней и патологических состояний. Единая группировка болезней обеспечивает сопоставимость статистических материалов о заболеваемости и причинах смерти не только для разных периодов времени, но и для различных регионов как внутри страны, также по отдельным

странам. Для кодирования (шифровки) клинического и патолого-анатомического диагнозов в настоящее время используются коды МКБ-10, которые подчинены задачам изучения заболеваемости и смертности населения, оценки эффективности медицинской помощи и ее рациональной организации. Другие медицинские классификации заболеваний (эпидемиологические, клинические, патологоанатомические и др.), имея свои конкретные цели (профилактические, диагностические, лечебные, организационные и др.), носят подчиненный МКБ-10 характер. Недочет этого положения в медицинской практике лишает возможности получить сопоставимые данные о заболеваемости и смертности населения в медицинских учреждениях различных стран, препятствует изучению эффективности проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Как любая классификация, МКБ-10 группирует болезни, травмы и патологические состояния для достижения определенной цели – в данном случае для статистического анализа заболеваемости и смертности населения во всех странах мира. В основе МКБ-10 лежит использование согласованной номенклатуры с едиными названиями нозологических форм, причем основными критериями выбора названия являются его специфичность, отсутствие двусмысленности, простота, выражение сущности болезни и, насколько это возможно, вызывающей ее причины (табл.5.1). Главное нововведение в МКБ-10 – это использование алфавитно-цифровой Системы кодирования, предполагающей наличие в четырехзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры (например, A00.0-A99.9). Такая система позволила увеличить более чем в два раза объем кодированной информации. Введение в рубрики букв дало возможность закодировать в каждом классе до 100 трехзначных категорий.

Некоторые трехзначные рубрики умышленно оставлены свободными, что позволит расширить и пересмотреть их в дальнейшем. Разными медицинскими ассоциациями выпущены Международные классификации по отдельным дисциплинам (дерматология, стоматология, неврология, ревматология и ортопедии, психические расстройства и др.), которые используют дополнительные пятые и шестые знаки с целью детализации рубрик МКБ-10.

Помимо МКБ-10, ВОЗ разработаны и внедрены в практику здравоохранения для кодирования и учета онкологических заболеваний Международная классификация онкологических болезней

(МКБ-О) и Международные гистологические классификации опухолей.

Таблица 5.1

Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)

Классы болезней и дополнительные разделы	
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни
II	Новообразования
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ
V	Психические расстройства и расстройства поведения
VI	Болезни нервной системы
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка
IX	Болезни системы кровообращения
X	Болезни органов дыхания
XI	Болезни органов пищеварения
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
XIV	Болезни мочеполовой системы
XV	Беременность, роды и послеродовой период
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
XVII	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности
XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения
Морфология новообразований	
Специальные перечни для статистической разработки данных смертности и заболеваемости	
Определения	
Положения о номенклатуре	

При работе с кодами МКБ-10 важно учитывать следующие особенности этой классификации.

В начале каждого класса представлены расширенные перечни нозологических форм, исключенные из данного класса. При кодировании диагноза классы заболеваний МКБ-10, сгруппированные по нозологическому и патогенетическому принципам, имеют приоритет перед классами, сгруппированными по органно-системному принципу. Так, классы XV (Беременность, роды и послеродовой период) и XVI (Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде) имеют приоритет перед другими. Поэтому, например, болезни органов пищеварения, возникшие в ходе беременности, родов и послеродового периода, шифруются кодами только класса XV (коды 000-099).

МКБ-9 ранее уже идентифицировала ряд нозологических форм, как вызванных лекарственными средствами. Этот подход получил дальнейшее развитие в МКБ-10, и многие такие ятрогенные состояния выделены для учета.

В конце некоторых классов введен перечень рубрик, предназначенных для ятрогенных патологических процессов, возникших после медицинских процедур. Эти рубрики идентифицировали специфические патологические состояния, возникшие вследствие различных вмешательств, например, демпинг-синдром после операций на желудке. Ятрогенные патологические процессы, которые не носят такого специфического характера, включая внезапные осложнения (воздушная эмболия, послеоперационный шок и др.), включены в класс XIX (Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин).

Важной особенностью МКБ-10 является возможность кодирования одновременно двух заболеваний, в частности, при комбинированном основном заболевании или полипатии. Такой подход был введен в медицинскую практику в 1971 г. экспертом ВОЗ Г.Г.Авгандиловым.

В МКБ-10 предусмотрены два варианта двойного кодирования ряда заболеваний. Первый вариант кодов отмечен знаками «+» (основной код) и «*» (дополнительный код), который не может быть использован изолированно от основного. Коды со знаком «*» даны как трехзначные. Другой вариант двойного кодирования – использование двух обычных четырехзначных кодов (например, первый

код – основное заболевание, второй код – конкурирующее, сочетанное или фоновое заболевание). К сожалению, действующая система статистического учета причин смерти использует только одну нозологическую единицу и один (основной) код, поэтому двух- и многофакторный анализ возможен лишь в специальных разработках.

Главное требование МКБ-10 – кодирование и использование сведений только о первоначальной причине смерти, а не о непосредственной, как это до сих пор нередко имеет место в ошибочно оформленных диагнозах и медицинских свидетельствах о смерти. Например, кодируется непосредственная причина смерти – острая сердечно-сосудистая недостаточность, вместо первоначальной причины смерти – острого инфаркта миокарда, или ТЭЛА вместо постинфарктного кардиосклероза, хроническое легочное сердце вместо бронхоэктатической болезни и т.д.

В соответствии со статьей 5 Положения о номенклатуре, относящейся к болезням и причинам смерти, страны-члены ВОЗ должны утверждать форму медицинского свидетельства о смерти, которая позволяет зафиксировать заболевания или травмы, вызвавшие смерть или способствующие ей, ясно указывая при этом первоначальную причину.

Коды МКБ-10 предназначены для шифровки диагнозов и причин смерти и для кодирования причин обращения за врачебной помощью, а также для статистического анализа патологических состояний, явившихся причинами госпитализации, по поводу которых проводилось лечение. Поэтому в МКБ-10 включены не только нозологические формы, но и синдромы, симптомы, патологические состояния, травмы, условия получения повреждений и травм, в связи с чем не все коды могут быть использованы для шифровки первоначальной причины смерти, т.е. основного заболевания в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах.

Следует также обратить внимание на ряд знаков и сокращений. Знак «-» указывает, что в МКБ-10 имеется четвертый знак и его нужно использовать. Круглые и квадратные скобки заключают дополнительные термины, синонимы, уточнения, позволяющие точнее отобразить нужный код. Союз «и» обозначает, в том числе, «или».

Блоки трехзначных рубрик в МКБ-10 содержат 10 подрубрик, что облегчает поиск нужного кода. Во всех подрубриках четвер-

тый знак «8» обозначает «другие, не указанные выше состояния», а четвертый знак «9» – «неуточненная информация (заболевание, синдром и т.д.)». В патологоанатомической и судебно-медицинской практике не следует использовать последний знак «9», так как возможности аутопсии позволяют уточнить характер заболевания.

При обострении хронического заболевания, если иное не предусмотрено специальным кодом МКБ-10, шифруется острая форма болезни. Например, при обострении хронического холецистита, хронического панкреатита и др., кодируются острый холецистит или острый панкреатит и др. (но это правило не имеет отношения, в частности, к гастриту, колиту и т.д.). При обострении хронического обструктивного бронхита с бронхопневмонией, последнюю, в соответствии с требованиями МКБ-10, указывают как проявление этого обострения, а не как его осложнение (соответствует коду J44.0).

В МКБ-10 каждый класс заболеваний отличается большой детализацией отдельных нозологических форм. Так, в классе IX (Болезни системы кровообращения) вместо термина «гипертоническая болезнь» используется групповое понятие «гипертензивная болезнь». При этом выделяются формы с застойной сердечной недостаточностью, с почечной недостаточностью, с сердечной и почечной недостаточностью. Из этой рубрики исключаются случаи (далее фигурируют как самостоятельные нозологические единицы) с вовлечением в процесс артерий сердца, головного мозга, конечностей и др. Ишемические болезни сердца, как групповое (родовое) понятие (не нозологическая единица), включают в себя ряд нозологических форм, в частности, варианты стенокардии, инфаркта миокарда, кардиосклероза и др. Наличие гипертонической болезни у таких больных как фонового заболевания, рекомендуется отмечать вторым кодом.

В классе II (Новообразования) дается кодировка топика (локализации) опухоли (четырёхзначными кодами, от C00.0 до D48) с учетом того, что ее морфология, а также особенности течения будут, при необходимости, закодированы с использованием Международной онкологической классификации (МКБ-О). МКБ-О издавна отдельно от МКБ-10 и содержит пятизначные коды M (от 8000/0 до 9989/1). Первые четыре знака указывают на гистологический вариант опухоли, пятый, после косой черты (/), обозначает ее «по-

ведение»: /0 – доброкачественное, /1 – неясно, доброкачественное или злокачественное (опухоли пограничной или низкой злокачественности), /2 – рак in situ (внутриэпителиальный, неинфильтративный, неинвазивный), /3 – злокачественное, первичный очаг, /6 – злокачественное, метастатический очаг, /9 – злокачественное, неясно, первичный или метастатический очаг.

В МКБ-10 имеются некоторые рубрики, в которых две нозологические единицы или одна с ее осложнением представлены одним кодом (например, «Острый аппендицит с генерализованным перитонитом», «Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с бронхопневмонией» и др.).

В МКБ-10 (том 1, части 1 и 2), перед перечнями рубрик каждого класса заболеваний даются обзорные блоки включенных в него трехзначных рубрик, категорий, обозначенных «звездочкой» (если это необходимо), а также исключенных из данного класса болезней и патологических процессов. Это сделано, чтобы раскрыть структуру классов и облегчить использование кодов.

Примечания к кодированию, которые касаются только заболеваемости или только смертности, даются в специальных разделах МКБ-10 (том 2), посвященных правилам кодирования заболеваемости или смертности.

В качестве примера приводим некоторые варианты использования МКБ для шифровки болезней и патологических состояний.

1. **ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:** Острый флегмонозный аппендицит (K35.0)

ОСЛОЖНЕНИЕ: Разлитой фиброзно-гнойный перитонит.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Ревматоидный артрит.

2. **ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:** Острый трансмуральный инфаркт миокарда передне-боковой стенки левого желудочка (I21.2). Кровоизлияние в левое полушарие головного мозга (I61.2).

ФОНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Гипертоническая болезнь.

ОСЛОЖНЕНИЕ: Отек легких. Набухание и отек вещества головного мозга.

3. **ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:** Хронический гломерулонефрит в фазе обострения (N03.9). Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в фазе прогрессирования (A16.2).

ОСЛОЖНЕНИЕ: Азотемическая уремия, гастроэнтерит, фиброзный перикардит, отек головного мозга и легких. Легочное сер-

дне (масса 800.0 толщина стенки левого желудочка 0.8), легочно-сердечная недостаточность.

4. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Рак печени (гепатоцеллюлярный) (C22.0.).

ОСЛОЖНЕНИЕ: Желтуха, печеночная недостаточность.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Атеросклероз с преимущественным поражением аорты, коронарных и мозговых артерий в стадии остаточных поражений.

5. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Лимфогранулематоз (смешанный тип) с поражении внутригрудных и шейных лимфатических узлов, селезенки (C81.2.)

ОСЛОЖНЕНИЕ: Правостороний геморрагический плеврит, дистрофия паренхиматория органов, кахексия.

6. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Инfiltrативный туберкулез легких (лобарная казеорная пневмония с распадом на фоне хронического алкоголизма (0.11.6/303).

ОСЛОЖНЕНИЕ: Дистрофия панихим. органов. Кахексия.

7. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Центральный рак (аденокарцинома) левого легкого с распадом и метастазами в бронхопальмональные и лимфатические узлы, средостение, печень почки надпочечники (C34.8.) ОСЛОЖНЕНИЕ: Дистрофия паренхиматозных органов, геморрагический плеврит, кахексия.

СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Хронический холецистит.

8. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Ревматизм. Активная фаза. Возвратно-бородавчатый эндокардит (M79.0./I09.1.)

ОСЛОЖНЕНИЕ: Застойное полнокровие внутренних органов. Инфаркт легкого. 2-х сторонняя очаговая бронхопневмония.

9. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Хронический пиелонефрит (N13.6.)

ОСЛОЖНЕНИЕ: Пионефроз. 2-х сторонняя очаговая пневмония.

СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Фибромиома матки.

10. ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Шигеллез (A03.9.). Язвенный колит.

ОСЛОЖНЕНИЕ: Перфорация язвы, перитонит.

Глава 6.

ДИАГНОЗ, ЕГО ЛОГИКА И СТРУКТУРА

Диагноз – клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский – является обязательной составной частью медицинской документации: карт амбулаторного и стационарного больного, протокола патологоанатомического вскрытия, акта судебно-медицинского исследования (экспертизы) трупа.

Диагноз – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии, здоровье обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге.

Принципы формулировки и кодирования (шифровки) по МКБ-10 клинического и патологоанатомического диагнозов являются едиными.

Диагноз должен быть:

- фактически и логически обоснованным;
- структурно оформленным в виде унифицированных рубрик;
- нозологическим, соответствовать требованиям международных классификаций (в настоящее время – МКБ-10) и номенклатуры болезней (с учетом особенностей отечественных классификаций);
- развернутым, патогенетическим, содержать дополнительную интранозологическую характеристику патологических процессов;
- своевременным. Согласно нормативным требованиям, клинический диагноз должен быть выставлен не позднее, чем через 3 сут

от момента поступления больного в стационар. Однако для острых заболеваний, требующих экстренной, неотложной, интенсивной терапии, в том числе случаев urgentной хирургии, этот срок индивидуален и может быть равен нескольким часам.

Клинический (заключительный) диагноз также должен быть сформулирован в случае смерти больного в стационаре в любые сроки после госпитализации независимо от характера заболевания.

Соблюдение этих правил должно быть неукоснительным для врачей всех специальностей и во всех медицинских организациях.

Исключением может быть лишь диагноз на этапе оказания скорой или экстренной медицинской помощи, когда объективные причины не позволяют соблюсти все перечисленные требования, в частности, развернутый характер диагноза. Это касается также диагнозов приемных отделений больниц скорой помощи (кроме заключительных клинических диагнозов при летальных исходах) и ряда других ситуаций (отсутствие необходимого диагностического оборудования, краткость пребывания больного в стационаре и др.). Однако в любом случае фактическая и логическая обоснованность, рубрификация диагноза и его соответствие требованиям МКБ-10 должны быть соблюдены.

До того, как может быть выставлен клинический диагноз, нередко используется предварительный диагноз. Такой «рабочий» диагноз может быть еще синдромологическим, недостаточно развернутым. Он не должен фигурировать в медицинской документации в качестве этапного или заключительного клинического диагноза, в частности при летальных исходах.

Поэтому в справочнике вышеуказанные исключения не обсуждаются, так как предполагаются ситуации, когда у врача имелись необходимые возможности и время для установления клинического (заключительного) диагноза.

Начиная с 1952 г. клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть структурированы и рубрифицированы, т.е. всегда записаны в виде следующих трех рубрик: «Основное заболевание», «Осложнения основного заболевания», «Сопутствующие заболевания». По предложению Г.Г.Авгандилова (1971) методическими указаниями (1972, 1987, 1989) с целью анализа смертности по множественным причинам внедрены также рубрики «Комбинированное основное заболевание» и «Полипатия». Это

предложение обсуждалось экспертами ВОЗ при подготовке МКБ-9 и реализовано в МКБ-10, требующей кодирования и учета в ряде случаев двух нозологических единиц в основном заболевании.

В настоящее время, в соответствии со стандартами диагноз должен быть оформлен в виде следующих унифицированных рубрик (табл.6.1).

Таблица 6.1

Основные схемы клинического и патологоанатомического диагнозов [Автандилов Г.Г., 1984]

Рубрика	А. Монокаузальный	Б. Бикаузальный	В. Мультикаузальный
1.	Основное заболевание (или первоначальная причина смерти)	Комбинированное основное заболевание (первоначальная и другая причина смерти): а) два конкурирующих б) два сочетанных, в) основное и фоновое заболевание	Полипатии. На первое место из трех более заболеваний отбирают ведущее основное состояние или первоначальную причину смерти: из «семейства болезней» – этиологически и патогенетически связанных между собой нескольких болезней; из «ассоциации болезней» – случайных сочетаний нескольких заболеваний
2.	Осложнения, включающие непосредственную причину смерти (смертельное осложнение). Подрубрика: реанимационные мероприятия, интенсивная терапия и их осложнения	Осложнения, включающие непосредственную причину смерти (смертельное осложнение). Подрубрика: реанимационные мероприятия, интенсивная терапия и их осложнения	Осложнения, включающие непосредственную причину смерти (смертельное осложнение). Подрубрика: реанимационные мероприятия, интенсивная терапия и их осложнения
3.	Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания	Сопутствующие заболевания

«Основное заболевание», или «Комбинированное основное заболевание», или «Полипатия». При монокаузальном диагнозе основное заболевание представлено одной нозологической единицей (заболеванием или травмой).

Примечание: схемы диагнозов Б или В применяются только при полном исключении возможности их оформления по предыдущей схеме (соответственно А или Б). Диагноз полипатии (в) на практике целесообразно трансформировать в монокаузальный (А) или бикаузальный (Б).

При бикаузальном – «Комбинированном основном заболевании» – с двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями). При мультикаузальном – «Полипатии» – тремя и более заболеваниями (семейства или ассоциации болезней). Следует, по возможности, избегать формулировки диагноза с указанием (более двух нозологических форм в этой рубрике и ограничиваться моно- или бикаузальными вариантами из-за особенностей дальнейшего статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза.

«Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода, осложнения медицинских мероприятий (ятрогенные осложнения, если они не становятся эквивалентом основного заболевания), а также указания на проведение реабилитационных мероприятий, интенсивной терапии и их осложнений (специальная подрубрика).

«Сопутствующие заболевания». Нерубрифицированные клинический или патологоанатомический диагнозы непригодны для кодирования и статистического анализа, не подлежат сопоставлению (сличению заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов).

Нерубрифицированный заключительный клинический диагноз, независимо от своего содержания, расценивается как неверно оформленный. В этом случае независимо от результатов патологоанатомического вскрытия выставляется расхождение диагнозов по II категории и субъективной причине – неверная формулировка (оформление) заключительного клинического диагноза.

В рубриках диагноза «Основное заболевание» («Комбинированное основное заболевание», «Полипатия») и «Сопутствующие заболевания» на первом месте всегда должна стоять нозологическая форма (нозологическая единица – заболевание, травма или, если это невозможно, – синдром), имеющая код в МКБ-10.

Нозологическая форма (единица) определяется как совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, едиными подходами к лечению и коррекции состояния.

Синдром – состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, которые зависят и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

После указания нозологической единицы, всегда должно следовать уточнение ее формы, особенностей патогенеза, морфогенеза и танатогенеза (при летальном исходе), указываются ее проявления. Недопустимы диагнозы основного заболевания без уточнения формы, конкретных проявлений и других важных особенностей патологического процесса в соответствии с современными классификациями. При необходимости эти проявления дополняются лабораторными, бактериологическими, биохимическими и другими данными (табл.6.2).

Таблица 6.2

Примеры диагнозов основного заболевания

Неправильно	Правильно
Основное заболевание: рак желудка II стадии	Основное заболевание: бляшковидный рак тела желудка в области малой кривизны (умеренно-дифференцированная аденокарцинома, прорастающая до наружной трети мышечного слоя – гистологически, биопсия №, дата). T2N0M0

Неправильно	Правильно
Основное заболевание: центральный рак легкого с метастазами в перибронхиальные лимфатические узлы	Основное заболевание: узловато-разветвленный рак правого верхнедолевого бронха (пикнодифференцированный плоскоклеточный рак – гистологически, биопсия №, дата). Метастазы рака в перибронхиальные лимфатические узлы правого легкого. T3N1M0
Основное заболевание: повторный инфаркт миокарда	Основное заболевание: повторный трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка от... (дата или давность инфаркта в сутках), постинфарктный кардиосклероз задней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца
Основное заболевание: крупозная пневмония правого легкого	Основное заболевание: крупозная пневмония верхней и средней долей правого легкого в стадии серого опеченения, IV категории, острого неосложненного течения, (бактериологически – ..., дата исследования)
Основное заболевание: вирусный цирроз печени (вирус гепатита В) в фазе декомпенсации	Основное заболевание: вирусный макро-микро-нодулярный цирроз печени в исходе хронического гепатита В (вирус гепатита В – метод и дата вирусологического исследования), умеренной степени активности, фаза декомпенсации, ... стадия по системе Чайлда–Пью, результаты биопсии печени, перечисление внепеченочных проявлений: или Основное заболевание: хронический гепатит В умеренной степени активности с развитием макро-микронодулярного цирроза печени, умеренной степени активности, фаза декомпенсации, ...стадия по системе Чайлда-Пью, результаты биопсии печени, перечисление внепеченочных проявлений (при вирусном циррозе печени допустимы оба варианта формулировки диагнозов)

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы – всегда развернутые, комплексные, включающие все известные в данном конкретном случае клинико-лабораторные (для патологоанатомического диагноза, прежде всего, – морфологические) и другие данные.

Хирургические операции и лечебно-диагностические манипуляции (их перечень с указанием времени проведения и др.) указываются вместе с патологическими процессами (в тех же рубриках), по поводу которых они производились.

Не следует употреблять словосочетание «Состояние после оперативного вмешательства, манипуляции и др.», должно быть указано полное наименование (из медицинской карты больного) той или иной операции, медицинской манипуляции или процедуры и дата их проведения (табл.6.3).

Таблица 6.3

Примеры диагнозов основного заболевания при оперативных вмешательствах

Неправильно	Правильно
Основное заболевание: состояние после операции (вид оперативного вмешательства, дата) по поводу рака желудка (характеристика опухоли).	Основное заболевание: блещковидный рак тела желудка в области малой кривизны (умеренно дифференцированная аденокарцинома, прорастающая до наружной трети мышечного слоя – гистологически, биопсия №, дата). T2N0M0. Операция: (вид оперативного вмешательства, дата).
Основное заболевание: блещковидный рак желудка в области малой кривизны (умеренно дифференцированная аденокарцинома, прорастающая до наружной трети мышечного слоя – гистологически, биопсия №, дата). T2N2M0. Состояние после операции (вид оперативного вмешательства, дата)	

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

Не все понятия и коды МКБ-10 допустимо использовать для формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов и кодирования основного заболевания в случае летального исхода. В МКБ-10 включены не только нозоло-

гические формы, но и синдромы, симптомы, патологические состояния, травмы, условия получения повреждений и травм. Многие из них предназначены для кодирования причин обращения за врачебной помощью, для статистического анализа патологических состояний, явившихся причинами госпитализации, когда еще не ясен диагноз основного заболевания. Кроме того, для ряда рубрик МКБ-10 имеются указания о запрете их использования в качестве первоначальных причин смерти (основных заболеваний в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах), например, «Закупорка и стеноз артерий, не приводящих к инфаркту мозга» и др.

К сожалению, в МКБ-10 встречаются отдельные термины, не соответствующие современным понятиям отечественной медицины, например «дегенерация миокарда», или некорректные, например «аневризма головного мозга», что также важно учитывать при выборе терминов для диагноза.

Из-за отсутствия в МКБ-10 ряда широко распространенных в отечественной медицинской практике терминов, в частности, таких, как «септикопиемия», «диффузный мелкоочаговый (атеросклеротический) кардиосклероз», «крупозная пневмония» и др., и наличия их аналогов из классификаций, распространенных за рубежом, например, «септицемия» (в англоязычной литературе – синоним термина «сепсис»), «атеросклеротическая болезнь сердца», «долевая бактериальная пневмония», важно подчеркнуть, что в некоторых случаях следует употреблять в диагнозе отечественный термин, а кодировку производить в соответствии с его синонимом (аналогом) в МКБ-10.

Важно также учитывать, что МКБ-10 была принята в 1989 г., а за последующие годы представления о многих заболеваниях и их классификации значительно расширились и изменились.

Не допускается употребление в любой рубрике диагноза терминов «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без последующего уточнения поражения конкретных артерий и органов. Только «атеросклероз аорты», «атеросклероз почечных артерий», «атеросклероз артерий нижних конечностей» могут быть указаны в рубрике основного заболевания при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др.). Атеросклероз аорты или определенных

артерий может быть указан в диагнозе как нозологическая единица также в случаях хирургических вмешательств на этих артериях. Для таких диагнозов в МКБ-10 имеются соответствующие коды.

Не допускается в любой рубрике диагноза употребление некорректных терминов: «коронаросклероз», «коронарокардиосклероз», «церебросклероз», а также петочных терминов: «смешанная энцефалопатия», «цирроз-рак печени», «асцит-перитонит», «инфаркт-швемония» и им подобных.

Не допускается при оформлении диагноза употреблять аббревиатуры или сокращения, за исключением небольшого числа наиболее общепринятых, например, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, НК – недостаточность кровообращения, ФК – функциональный класс или ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии, ЭКС – электрокардиостимулятор. В частности, в диагнозе не должны использоваться сокращения АГ, ГБ, ХАИ, ХОБЛ, ЦВБ, ЖКБ, МКБ и другие, расшифровать которые впоследствии не всегда представляется возможным. Кроме того, не следует сокращать как «ст.» такие термины, как «стадия» и «степень», так как впоследствии может быть не ясно, что имелось в виду, например, при гипертонической болезни. При написании диагноза для обозначения степени патологического процесса обычно принято использовать арабские цифры, а его стадии – римские.

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Основное заболевание – это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний или травм, реже – синдромов), по поводу которых проводилось обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью, и записанных в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней (в настоящее время – МКБ-10 с учетом некоторых терминов, принятых в отечественных классификациях).

В случае летального исхода основное заболевание (в заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозе) – это одна или несколько нозологических единиц, которые сами по себе либо через обусловленные ими осложнения привели к смерти больного.

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире.

Основным заболеванием на разных этапах оказания медицинской помощи является то заболевание (травма, синдром, патологический процесс), которое явилось причиной:

- обращения к врачу;
- госпитализации и проведения лечебно-диагностических мероприятий;
- при неблагоприятном исходе приведшей к инвалидизации или смерти больного.

В связи с этим в процессе лечения больного диагноз основного заболевания может меняться, причем неоднократно.

Например, пациент обратился за медицинской помощью и был госпитализирован с диагнозом пневмония (основное заболевание в диагнозе первого этапа оказания медицинской помощи), в стационаре пневмония была излечена, но у него развился острый инфаркт миокарда (основное заболевание в диагнозе второго этапа), а еще, через 36 сут из-за обострения язвенной болезни желудка, больной умер от массивного желудочного кровотечения (основное заболевание в заключительном клиническом диагнозе – язвенная болезнь желудка с кровотечением).

Не допускается указание в качестве основного заболевания тех позологических единиц, которые были диагностированы на более ранних этапах оказания медицинской помощи, но которые не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса или, при летальном исходе, не стали причиной смерти.

Эквивалентом основного заболевания иногда могут быть и обстоятельства несчастного случая (включая ятрогенную патологию). В практике судебно-медицинской экспертизы диагностируется акт насилия, вызвавший смертельную травму.

Не допускается подмена основного заболевания его осложнением или одним из проявлений. Например, «ТЭЛА», вместо «Острый инфаркт миокарда» и т.д. (табл.6.4).

Не допускается в качестве основного заболевания (а также – сопутствующего) указывать только групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца», «хроническая ишемическая болезнь сердца», «острая ишемическая болезнь сердца», «переброваскулярная болезнь», «хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двоеточия) уточнения конкретной позологической единицы (соответст-

венно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

Если в клинических диагнозах упоминание родовых (групповых) понятий, таких, например, как «ишемическая болезнь сердца», перед их расшифровкой может быть иногда, на определенных этапах диагностического процесса, оправдано, то в заключительных клинических и патологоанатомических диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, а требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы – заболевания или травмы (если это невозможно – с синдрома).

Таблица 6.4

Примеры диагнозов основного заболевания (диагнозы представлены в неразвернутом, сокращенном виде)

Неправильно	Правильно
Основное заболевание: тромбоэмболия легочной артерии. Фоновое заболевание: острый инфаркт миокарда.... Осложнения основного заболевания: отек легких и головного мозга	Основное заболевание: острый инфаркт миокарда Осложнения основного заболевания: тромбоэмболия легочной артерии, отек легких и головного мозга
Основное заболевание: хроническое легочное сердце ... Фоновое заболевание: хронический обструктивный бронхит... Осложнения основного заболевания. НК.	Основное заболевание: хронический обструктивный бронхит... Хроническое легочное сердце Осложнения основного заболевания: НК...

КОМБИНИРОВАННОЕ ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ПОЛИПАТИЯ

Комбинированное основное заболевание. В случаях, когда основное заболевание представлено двумя нозологическими единицами (бикаузальный вариант), при оформлении клинического или патологоанатомического диагнозов первую рубрику обозначают не как «Основное заболевание», а как «Комбинированное основное заболевание». Далее указывают: конкурирующие заболевания, или сочетанные заболевания, или основное заболевание и

после него – фоновое заболевание, и перечисляют каждое из них с красной строки (рекомендуется под номерами – цифрами 1..., 2. ...).

При конкурирующих или сочетанных заболеваниях допустимо ограничиться обозначением нозологических единиц в составе комбинированного основного заболевания только цифрами, не указывая характера их взаимоотношений (конкуренции или сочетания). Также можно указать фоновые заболевания – нозологические единицы или синдромы для каждого из конкурирующих или сочетанных заболеваний, при этом не следует трансформировать такой диагноз в мультикаузальный (политатию).

Определения терминов «конкурирующие», «сочетанные» и «фоновые» заболевания были предложены для формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов в случаях летальных исходов.

Конкурирующие заболевания – это нозологические формы (заболевания, травмы, реже – синдромы), которыми одновременно страдал умерший и каждая из них в отдельности несомненно могла привести к смерти.

Примерами таких заболеваний могут быть совпавшие по времени у одного больного любые тяжелые смертельные болезни, в частности, рак IV стадии и инфаркт миокарда, несовместимые с жизнью инфаркты головного мозга и миокарда, нозологические единицы из групп острых ишемических болезней сердца или цереброваскулярных болезней и хирургическая патология со смертельным исходом и т.д.

Сочетанные заболевания – это нозологические формы (заболевания, травмы, реже – синдромы), которыми одновременно страдал умерший и, находясь в различных патогенетических взаимоотношениях и взаимно отягощая друг друга, привели к смерти, причем каждое из них в отдельности не вызвало бы летального исхода.

Например, может быть сочетание нозологических единиц из групп острых ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней, приведших к смерти лишь в результате взаимного отягощения. Такое же сочетание нередко характерно для этих же нозологических единиц с острыми хирургическими заболеваниями, в частности, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки.

Важно подчеркнуть, что при конкурирующих или сочетанных заболеваниях речь идет о нозологических формах, одновременно, а не последовательно (например, одно из них отмечено на предыдущих этапах оказания медицинской помощи и к моменту установления диагноза не требовало лечебно-диагностических мероприятий, а в случае летального исхода – не участвовало в татогенезе) развившихся у больного.

Фоновое заболевание – это нозологическая форма (заболевание, травма, реже – синдром), которая патогенетически (по не этиологически) связана с основным заболеванием, явилась одной из причин его развития (включившись в его патогенез), в результате отягощала течение болезни и способствовала возникновению смертельных осложнений (в случае летального исхода).

Наиболее частыми примерами фоновых заболеваний являются варианты артериальной гипертензии или сахарного диабета для нозологических единиц из групп ишемических болезней сердца, цереброваскулярных болезней, ишемических заболеваний кишечника и др. Также нередко такие заболевания, как алкоголизм (или хроническая алкогольная интоксикация), сахарный диабет, ведущие к вторичному иммунному дефициту, становятся фоновыми для многих инфекционных болезней (пиелонефрит, туберкулез и др.). Более редкими случаями являются, например, наблюдения плоскоклеточного рака бронха, где фоновым заболеванием может быть хронический бронхит с плоскоклеточной метаплазией и диспластическими изменениями эпителия бронхов.

Не следует заменять термин «фоновое заболевание» термином «фон», так как при этом искажается сущность понятия фоновой нозологической формы (патогенетическая связь с основным заболеванием). Кроме того, фоновое заболевание необходимо указать сразу после той нозологической единицы, для которой оно было фоновым, а не в конце рубрики «Комбинированное основное заболевание» после перечисления двух конкурирующих или сочетанных заболеваний (табл.6.5).

Нередко при формулировке диагнозов можно отметить как злоупотребление рубрикой фоновое заболевание, так и недостаточное ее использование.

Недопустимо указывать в качестве фонового заболевания для нозологических единиц из групп ишемических болезней сердца или цереброваскулярных, такие нозологии, как алкоголизм (или хроническую алкогольную интоксикацию), онкологические или хирургические заболевания. Напротив, сахарный диабет или гипертоническую болезнь часто необоснованно включают в рубрику не фонового заболевания, а сопутствующих при ишемических поражениях сердца, головного мозга, кишечника и др.

В отдельных случаях, особенно, когда речь идет об умерших пожилых людях, возможно наличие более одного фонового заболевания, например, сахарного диабета 2 типа и гипертонической болезни (если последняя не является артериальной гипертензией при диабетической нефропатии или пиелонефрите у больного сахарным диабетом). При этом возможно кодирование (шифровка) по МКБ-10 важнейшего из них или, для уточненных статистических исследований, обоих.

Не допускается представлять в диагнозе атеросклероз (артерий, аорты) как фоновое заболевание для ишемических поражений различных органов (сердца, головного мозга, кишечника и др.), так как эти органные поражения выделены в современных классификациях и в МКБ-10 как самостоятельные нозологические единицы.

Нельзя подменять термином «токсический» термин «алкогольный» при соответствующих нозологических единицах из группы алкогольных висцеропатий (алкогольный цирроз печени, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная энцефалопатия и др.). Также следует, по возможности, уточнять другие виды экзогенных или эндогенных интоксикаций.

Полипатии. В случаях, когда основное заболевание представлено тремя и более заболеваниями (семейство или ассоциация болезней) первую рубрику диагноза обозначают как «Полипатия» (мультикаузальный вариант диагноза). При полипатиях перечисляют нозологические формы под номерами – цифрами 1, 2, 3 и т.д.

Таблица 6.5

Примеры диагнозов основного заболевания (диагнозы представлены в неразвернутом, сокращенном виде)

Неправильно	Правильно
Комбинированное основное заболевание: Острый инфаркт миокарда ... Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с кровотечением... Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь ...	Комбинированное основное заболевание: Острый инфаркт миокарда ... Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь... Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с кровотечением ...
Комбинированное основное заболевание: Острый инфаркт миокарда ... Фоновое заболевание: хроническая алкогольная интоксикация...	Комбинированное основное заболевание: конкурирующие (или сочетанные) заболевания: Острый инфаркт миокарда ... Хроническая алкогольная интоксикация ...
Комбинированное основное заболевание: Острый инфаркт миокарда ... Фоновое заболевание: атеросклероз коронарных артерий сердца... Артериальная гипертензия ...	Комбинированное основное заболевание: Острый инфаркт миокарда ... Атеросклероз коронарных артерий сердца... Фоновое заболевание: артериальная гипертензия ...

Например, «Полипатия: 1. Повторный инфаркт миокарда 2. Ишемический инфаркт головного мозга 3. Язвенная болезнь желудка с кровотечением ... ».

Следует стремиться к оформлению диагноза по моно- или би-каузальному принципам. Как показывает практика, сложные диагнозы, представленные полипатиями и содержащие более двух пазологических форм в рубрике основного заболевания (без учета фоновых заболеваний), обычно являются результатом недостаточно глубокого клинического или клинико-морфологического анализа. Поэтому диагнозы полипатий должны быть редким исключением и глубоко обоснованными, их целесообразно трансформировать в монокаузальный вариант.

Все пазологические формы, входящие в состав комбинированного основного заболевания или полипатии, расцениваются как равноправные, тем не менее, принципиальное значение имеет то,

какая из них выставлена на первом месте. В большинстве статистических разработок при отборе «первоначальных причин смерти» (годовой отчет медицинского учреждения и т.д.) учитывается только та нозологическая форма, которая выставлена на первом месте в рубрике «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание» или «Полипатия». Она же должна быть записана и закодирована по МКБ-10 как первоначальная причина смерти в пункте 18 разделе «I» медицинского свидетельства о смерти (вторая нозологическая единица – конкурирующее, сочетанное, фоновое заболевания, – если она имеется, записывается и кодируется в пункте 18, разделе «II» медицинского свидетельства о смерти).

При прочих равных условиях, среди конкурирующих или сочетанных заболеваний в составе комбинированного основного заболевания или полипатии предпочтение имеет и на первое место в диагнозе выставляется:

- нозологическая форма, имеющая наибольшую вероятность быть причиной смерти (танатогенез которой был ведущим);

- нозологическая форма, более тяжелая по характеру, осложнениям, та, которая имеет более высокую вероятность по частоте летальных исходов;

- в случаях, когда применение пунктов 1–2 не позволяет выявить приоритет одной из нозологических единиц, первой указывается та, которая: была более значима в социальном и санитарно-эпидемиологическом аспектах (инфекционные болезни, новообразования, инфаркт миокарда и др.); потребовала больших экономических затрат при проведении лечебно-диагностических мероприятий; была выставлена первой в заключительном клиническом диагнозе (если формулируется патологоанатомический диагноз).

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Осложнения основного заболевания – это нозологические единицы (редко, например, очаговая пневмония), синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями.

Осложнение основного заболевания определяется также как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и нередко являющийся непосредственной причиной смерти. Ослож-

нение основного заболевания – это присоединение к нему синдрома нарушения физиологического процесса, нарушение целостности органа или его стенки, кровотечение, острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Границы между понятиями «проявления» и «осложнения» основного заболевания не всегда четко определены. Проявления основного заболевания стереотипны, включены в его синдромокомплекс, а осложнения – индивидуальны. Например, синдром портальной гипертензии при циррозе печени, легочное сердце при хронических обструктивных заболеваниях легких принято расценивать как проявления основных заболеваний, но их перенос в рубрику осложнений не является ошибкой. Однако грубой ошибкой следует считать, например, указание на метастазы опухоли в рубрике «Осложнения основного заболевания», так как метастазы – проявление одной из стадий прогрессии злокачественной опухоли. Также ошибочно записывать острую аневризму сердца в рубрике «Основное заболевание», так как острая аневризма сердца, в отличие от хронической, – осложнение инфаркта миокарда. Перечислять осложнения нужно в патогенетической или временной последовательности.

В клинических и патологоанатомических диагнозах следует представлять развернутую характеристику тяжести (выраженности) той или иной органной недостаточности (в соответствии с принятыми классификациями), в частности, недостаточности кровообращения, печеночной, почечной и др.

В патологоанатомическом диагнозе нужно фиксировать морфологический субстрат органной недостаточности. Например, таким субстратом для острой или хронической недостаточности кровообращения является общее острое или хроническое венозное полнокровие внутренних органов. При указании на печеночную, почечную недостаточность важно представить также результаты клинико-лабораторных или посмертных биохимических и иных исследований (с датами их проведения). Термин «синдром полиорганной недостаточности» также требует расшифровки и конкретизации как в клиническом, так и патологоанатомическом диагнозе.

Нужно избегать в диагнозе таких неинформативных понятий, как «дистрофия внутренних органов» или «интоксикация» без

уточнения их конкретных органных проявлений, а также подменять осложнения отдельными элементами механизмов танатогенеза.

При онкологических заболеваниях с развитием кахексии именно последняя указывается в рубрике «Осложнения основного заболевания», а не малоинформативный термин «раковая интоксикация», употребление которого следует избегать.

Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным достоверный анализ и статистический учет непосредственных причин смерти.

Смертельное осложнение целесообразно указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность. При этом не требуется выделять его в этой рубрике отдельной строкой или как-то иначе.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (их перечень с указанием характера, времени проведения и др.) указываются с красной строки отдельным абзацем (отдельной подрубрикой) в конце рубрики «Осложнения основного заболевания» и до рубрики «Сопутствующие заболевания».

Осложнения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, патогенетически не связанные с основным заболеванием и его осложнениями – это особый вид ятрогенных патологических процессов, которые, за редким исключением, указываются в этой же подрубрике.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сопутствующие заболевания – это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи, при наступлении летального исхода) не были непосредственно (этиологически, патогенетически) связаны с основным заболеванием и, в случае летального исхода, не принимали участия в танатогенезе. При этом по поводу сопутствующих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия.

Сопутствующие заболевания могут иметь осложнения (например, синдром хронической почечной недостаточности при хроническом пиелонефрите), но не могут иметь смертельных осложне-

ний. Несомненно, что косвенную связь можно найти практически между всеми заболеваниями, одновременно имевшимися у больного, но это не дает повода исключать такие болезни из рубрики «Сопутствующие заболевания» и чрезмерно расширять рубрику «Комбинированное основное заболевание».

Правила формулировки сопутствующих заболеваний аналогичны тем, которые указаны выше для основного заболевания. Если при этом имелось фоновое заболевание для нозологической единицы из группы ишемических болезней сердца, в частности, гипертоническая болезнь, оно указывается далее в этой рубрике диагноза, но без подзаголовка «фоновое заболевание» (табл. 6.6).

Частыми ошибками формулировки диагнозов является запись в рубрике «Сопутствующие заболевания» осложнений основного заболевания, например, очаговой пневмонии, или отдельных его проявлений («дробление» проявлений одной нозологической формы по разным рубрикам диагноза), в частности, алкогольных органических поражений при хроническом алкоголизме или хронической алкогольной гипоксикации с полиорганными проявлениями (алкогольной поливисцеропатией).

Таблица 6.6

Примеры патологоанатомического диагноза сопутствующих заболеваний

Неправильно	Правильно
Сопутствующие заболевания: атеросклероз аорты и коронарных артерий сердца (II стадия, 2 степень, стеноз до 70%). Постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз передней стенки левого желудочка	Сопутствующие заболевания, постинфарктный (крупноочаговый) кардиосклероз передней стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2 степень, II стадия, стеноз до 70%). Атеросклероз аорты (3 степень, III стадия)

Следует также предостеречь от невнимания к сопутствующим заболеваниям, особенно часто встречающегося в патологоанатомической практике. В диагнозе необходимо четко и ясно указать все имевшиеся сопутствующие заболевания, так как впоследствии эта информация оказывается бесценной для аналитических статистических разработок. Например, гиперплазия предстательной железы, миомы матки, патология щитовидной железы, аденомы коры

надпочечников (клинически себя не проявившие, но диагностированные как случайные находки) далеко не всегда вносятся в диагнозы. Кроме того, отсутствие в патологоанатомическом диагнозе в рубрике «Сопутствующие заболевания» какой-либо нозологии, имевшейся в этой группе болезней в клиническом диагнозе может указывать лишь на одно – это заболевание не было выявлено на вскрытии (прижизненная гипердиагностика). Рубрика «Сопутствующие заболевания» в патологоанатомической практике должна оформляться только с этих позиций.

Глава 7.

СЛИЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА. ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ

Важной составной частью деятельности патологоанатома по совершенствованию лечебно-диагностической работы в лечебном учреждении является сличение (сопоставление) клинического и патологоанатомического диагнозов. Оно проводится в качестве неотъемлемой части клинико-анатомического анализа данных вскрытия.

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов не является простым их сопоставлением. В ходе сличений диагнозов проводится анализ хода мыслей клинициста в процессе развития болезни у данного больного с учетом полученных за весь период наблюдения данных опроса, осмотра, лабораторных и инструментальных исследований. При этом проводится оценка имевших место диагностических мероприятий их своевременность и целесообразность обоснованность выставленного диагноза адекватность и своевременность назначенного лечения.

Такая деятельность дает возможность при несовпадении клинического и патологоанатомического диагнозов установить на каком этапе и по какой причине клиницистами была допущена ошибка.

В основе сличения диагнозов лежит нозологический принцип и проводится оно по трём принципам: по основному заболеванию, его важнейшим осложнениям и по важнейшим сопутствующим заболеваниям. При этом следует иметь в виду, что среди возможных причин расхождения диагнозов могут быть:

– объективные трудности диагностики, связанные с атипичным течением заболевания, редкостью данного заболевания, особой тя-

жестью состояния больного, краткостью пребывания больного в стационаре;

– недоучет или неверная интерпретация анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований;

– недооценка или переоценка диагнозов консультантов и т.д.

Анализ показывает, что в среднем частота расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию составляет от 16.9 до 26.3%, однако колеблется по отдельным клиникам от 10.9 до 31.3%. Зарубежные авторы приводят более высокие цифры от 39 до 56%, что объясняется тем, что вскрытия в основном проводятся по неясным для клиницистов случаям. В 7.6% наблюдений имеют место нераспознанные смертельные осложнения. В работах иностранных авторов эти цифры значительно выше – 50–84%, при этом тромбоэмболия легочной артерии не диагностируется в 84%, пневмония как осложнение основного заболевания – в 53%. Особо следует подчеркнуть несовпадение клинического и патологоанатомического диагнозов, связанное с неправильной конструкцией клинического диагноза. Последнее обстоятельство ещё всего обусловлено ошибочной интерпретацией клиницистами выявленных болезней как основной причины заболевания или смерти, или использованием несовершенных классификации, составленных без учета требования МКБ.

Работа по сличению клинического и патологоанатомического диагнозов и анализ причин смерти является важным фактором повышения квалификации лечащих врачей, всей лечебно-диагностической работы учреждения здравоохранения. При этом важно подчеркнуть, что цель сличения диагнозов – не выявление расхождения для последующего обвинения клиницистов, а установление расхождения для выяснения причин и их объяснение с точки зрения патогенеза. До настоящего времени все ещё дискутируется вопрос о том трактовать ли как расхождение диагнозов те случаи, когда они в принципе сводятся к неправильной конструкции, особенно тогда, когда основное заболевание в клиническом диагнозе фигурирует в качестве сопутствующего, а сопутствующее – в качестве основного. В данном варианте все же следует ввести речь о расхождении в связи с неправильной конструкцией диагноза, т.к. не только ход рассуждений врачей, но и лечебные мероприятия в

этих случаях, как правило, направлены на заболевание, ошибочно принятым за основное. Нередко в диагнозах клиницистов, сформулированных на титульном листе истории болезни и в посмертном эпикризе, имеются существенные отличия. В этом случае должно действовать правило, что учитывается лишь тот диагноз, который вынесен на титульный лист. Все же остальные могут учитываться как имевшие место мнения о возможных заболеваниях и развившихся осложнениях. И, безусловно, особого внимания требуют случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов у умерших больных, находящихся в стационаре менее суток. Тут необходимо установить на каком этапе был выставлен ошибочный диагноз, повлекла ли ошибка изменения тактики лечения и повлияла ли на неблагоприятный исход, насколько оперативно были приняты меры по устранению экстремальных состояний (кома, кровотечение, острый живот, отравление и т.д.). Практика сличения клинического и патологического диагнозов показывает, что все случаи расхождения могут быть разделены на три категории:

1. Заболевание не было распознано на предыдущих этапах лечения. В данном лечебном учреждении установить правильный диагноз не представлялось возможным из-за краткости пребывания или тяжести состояния больного. Как правило, в указанных случаях ошибочная диагностика не повлияла на исход болезни у данного больного. К этой категории можно отнести больных, поступивших в стационар с неоперабельными формами злокачественных новообразований, в терминальных состояниях, со сложными трудными для диагностики процессами в финале заболевания. Основным критерием включения такого рода расхождений в первую категорию является тяжесть состояния больного не допускающей проведения необходимых диагностических мероприятий.

2. Заболевание не распознано в больнице, где умер больной, хотя для установления диагноза имелись все возможности. Вместе с тем ошибочная диагностика не оказала существенного влияния на исход заболевания. К этой категории можно отнести больных с запущенными формами злокачественных новообразований, в терминальной фазе хронической почечной, печеночной, сердечной недостаточности.

3. Заболевание не распознано в больнице и это имело решающее значение в смертельном исходе заболевания вследствие неправильной тактики лечения. К этой категории можно отнести случаи неправильной диагностики различных ургентных состояний: деструктивного аппендицита, крупозной пневмонии, инфаркта миокарда, прободной язвы желудка, панкреонекроз, внематочная беременность, инфекционные заболевания и др.

Анализ показывает, что в 35% расхождений диагнозов относятся к 1 категории. Наибольшее количество расхождений (58.6%) относится ко 2 и от 3.1 до 9.8% расхождений диагнозов можно отнести к 3 категории. Особо следует отмечать те случаи, когда имело место формальное совпадение диагнозов т.е. правильная диагностика была запоздалой и не привела к адекватному применению лечебных мероприятий. В случае смерти детей в перинатальном периоде предлагается использовать критерии:

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

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

3. Основное заболевание не распознано.

4. Не диагностировано смертельное осложнение.

5. Не диагностировано важное сопутствующее заболевание.

При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов у остальных умерших могут использоваться следующие критерии оценок:

1. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию.

2. Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию.

3. Расхождение диагнозов по важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания или явившихся основной причиной смерти (не распознанное смертельное осложнение).

4. Расхождение диагнозов по важнейшим сопутствующим заболеваниям.

5. Расхождение диагнозов по основному заболеванию может быть:

1. По нозологии.
2. По этиологии.
3. По локализации патологического процесса.
4. По конструкции.

Прогресс в медицинской науке и практике существенно изменил структуру заболеваемости и смертности. Чаще стали возникать различные сочетания и комбинации заболеваний, изменивших течение и клиническую картину друг друга. Реже стали встречаться такие заболевания как сифилис и лепра. Резко видоизменился туберкулёз. Применение лечебных препаратов существенно меняет не только клинику, но и морфологию заболеваний, обуславливая развитие патоморфоза. Современная медицинская технология обследования и лечения больных требует от врача умения анализировать и оценить многогранную и подчас недостаточную для установления правильного диагноза информацию, которую он получает, используя многочисленную современную технику. Переоценка технических возможностей современной аппаратуры приводит к потере отдельными врачами клинического мышления, утрате навыков клинического наблюдения и обследовании больного. Упование на компьютеризацию диагностического процесса также лишены оснований. Любой прибор, любой аппарат лишь помощник грамотному, думающему врачу. И он становится грудой металла у не умеющего мыслить специалиста. Необходимо постоянное расширение общемедицинского и теоретического кругозора врача как путем самообразования, подытоживания итогов своего профессионального опыта, оценки своих достижений и ошибок, так и путем тесного контакта с врачами-патологоанатомами. Патологоанатомическое отделение больницы должно быть центром методологии и обогащения клинического мышления врачей любого профиля, где путём анализа достижений и ошибок должно оттачиваться профессиональное мастерство клиницистов. Путем совместного поиска выхода из тупиковых ситуаций, внедрения современных возможностей морфологической науки в современную повседневную практику, принципиального подхода к решению задач современной диагностики и лечения возможна обоюдопользная деятельность клиницистов и патологоанатомов.

Анализ причин расхождения диагнозов свидетельствует о том, что только 51% ошибок диагностики обусловлены объективными

трудностями исследования, в 46.3% имеют место недостаточность обследования больного и недоучет клинических и анамнестических данных, в 12% – недооценка или переоценка данных лабораторного и рентгенологического исследования. Следовательно, в каждом втором неправильно диагностированном случае ошибка обусловлена либо низким профессиональным уровнем, либо невнимательностью лечащих врачей. Показательны и данные о числе расхождений диагнозов в зависимости от сроков пребывания больных в стационаре. Так, при пребывании больного до суток диагностических ошибок было допущено в 28.2%, к третьим суткам – 14.5%, к 10 суткам – 22.8%, а при длительных сроках госпитализации число ошибок достигает максимума – 34.5%.

Наблюдается и увеличение диагностических ошибок с увеличением возраста больных. В группе до 55 лет их процент равен 16.1%, в группе 51–60 лет – 31.7%, в возрасте свыше 60 лет – 22.5%. Это может быть связано с одной стороны с тем, что с увеличением возраста увеличивается число болезней у одного больного, а с другой стороны со снижением внимания к больным старших возрастов. Касаясь диагностических ошибок, следует отметить наиболее частые причины их возникновения в зависимости от профиля отделения. В клиниках хирургического профиля наиболее часто причинами диагностических ошибок бывают: ошибки суждения, ошибки в оформлении диагноза, невнимательное поверхностное обследование больных, атипичность течения заболевания, неинформативность рентгенологического исследования, ЭКГ, переоценка заключения консультантов.

Наиболее подробного анализа заслуживают ошибки суждения, под которыми понимается неправильная оценка наблюдавшихся у больного симптомов или неприменение методов исследования, необходимых при данной патологии или комбинация выявленных симптомов, а также неверную интерпретацию лабораторных и других параклинических методов исследования.

В хирургических клиниках они заключаются в неверной оценке характера патологического процесса при точном установлении его локализации. Например, клинически диагностировалась опухоль поджелудочной железы, на секции найдена нагноившаяся киста этого органа. Больной умер от разлитого перитонита после диагностической лапаротомии с биопсией. В другом случае кли-

нически предполагалась опухоль панкреодуоденальной зоны, на секции обнаружены желчнокаменная болезнь, гнойный холангит, послуживший причиной смерти. Ещё в одном случае клинически был диагностирован калькулёзный холецистит, проведены 2 операции (первая осложнилась внутрибрюшным кровотечением), но при этом был установлен индуративный панкреатит со сформировавшимся крупным хроническим забрюшинным абсцессом, приведший через ряд осложнений к печеночной недостаточности со смертельным исходом. В одном наблюдении не был диагностирован гигантский абсцесс печени с прорывом в поддиафрагмальное пространство. В другом из наблюдений не был диагностирован флегмонозный аппендицит, а огромный периаппендикулярный абсцесс расценивался как опухоль, по поводу которой была проведена операция Гартмана. Особенно сложной является оценка полученных данных при наличии двух и более тяжёлых болезней у пациентов часто сопровождающихся сложным переплетением симптомов. У хирургических больных диагностические ошибки в части случаев бывают связаны с наличием неустановленного 2-го основного заболевания или фонового заболевания, что также расценивается как расхождение диагнозов. Так, у одного больного мочекаменная болезнь сочеталась с туберкулёзом лёгкого, который не был выявлен прижизненно, у другого хроническая язва желудка сочеталась с раком ротоглотки, и не было установлено кровотечение из язвы желудка. Отсутствие онкологической настороженности может привести к диагностическим и тактическим ошибкам. Примером может служить случай с больным, госпитализированным в хирургическое отделение по поводу разлитых болей в брюшной полости. Больному была произведена диагностическая лапаротомия, однако никаких существенных изменений, кроме увеличенных лимфатических узлов, обнаружено не было. Наличие отека перинефральной клетчатки позволило предложить перинефральный абсцесс. Повторная лапаротомия и вскрытие перинефрального пространства результатов не дали. На вскрытии обнаружены лимфосаркома забрюшинных лимфатических узлов с поражением лимфоузлов брыжейки. В данном случае, хирургом, оперировавшим больного, допущены тактическая и диагностическая ошибки. При первоначальной лапаротомии следовало взять для гистологического исследования лимфатические узлы. Это позволило избе-

жать двух ненужных в данном случае операции, а после установления диагноза попытаться провести патогенетическое лечение. В клиниках терапевтического профиля характер ошибок обычно имеет ту же направленность. Так, ошибки суждения касаются трактовки характера патологического процесса. У больного с тяжёлым ревматическим аортальным пороком приступы сердечной астмы трактовались как приступы бронхиальной астмы. Достаточно часто в терапевтических стационарах не диагностируются опухоли головного мозга, туберкулёз лёгких, туберкуломы мозга, воспалительные процессы мочеполовой системы. Нередко ошибки связаны с неправильной интерпретацией данных ЭКГ. Так, у больной с кардиомиопатией, нарушения в ЭКГ расценивались как результат перенесённого и свежего инфаркта миокарда, а то время как на вскрытии ни старых рубцов, ни свежих очагов (по данным ЭКГ 4-х дневной давности) обнаружено не было.

Примером того, когда правильный диагноз зависит в равной мере от суждения лечащего врача и специалиста параклинической службы, является следующее наблюдение. У больного 70 лет, находившегося в неврологическом отделении в течение 8 дней, проявления заболевания позволили заподозрить опухоль головного мозга. Но по данным ЭЭГ и эхографии этот диагноз был отвергнут и выставлено сосудистое поражение головного мозга с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу. На секции же была выявлена арахноидэндотелиома в области решётчатой кости.

В акушерских клиниках отмечаются случаи, когда неверная трактовка данных приводит к тактическим ошибкам. Примером может служить следующий случай. Женщина 37 лет с 5-й беременностью, 3 родами поступила в роддом, где была диагностирована беременность сроком 39–40 недель, головное предлежание. Однако после начала родовой деятельности установлено ягодичное предлежание с клиническим узким тазом, что, впоследствии, привело к необходимости производства плодоразрушающей операции – перфорации последующей головки, разрыв матки в нижнем сегменте – операция ампутация матки. Массивная кровопотеря привела к развитию ДВС – синдрома, явившегося непосредственной причиной смерти. Недоучёт соматической патологии (ревматические пороки сердца, болезни почек, печени) также является причиной смерти беременных женщин во время родов. Во всех клиниках

много ошибок в диагностике туберкулёза и рака лёгкого, что связано в первую очередь с сочетанием у пожилых больных туберкулёза и рака лёгких с др. тяжёлыми последствиями конкурирующих заболеваний (нагноительные процессы, лейкоз, цирроз печени и др.), а также с дефектами обследования больных: неполноценностью рентгенологического исследования, неиспользования таких методов томография, УЗИ, бронхоскопия, исследование мокроты и т.д. Особого внимания требует оценка ошибок и недостатков лечения больных, что в первую очередь зависит от врачей, и в чём много спорного.

В сравнении с ошибками в диагностике давать оценку ошибкам в лечении значительно труднее. Критерии оценки диагноза, например опухоли желудка или инфаркта миокарда, достаточно определены. Относительно проще выявлять дефекты хирургического лечения. Исключая дефекты грубого характера, таких как не назначение антибактериальных препаратов при пневмонии, или введение инсулина при гипогликемической коме, не применение анальгетиков при шоке и т.д., взгляды на лечение тех или иных патологических форм у представителей различных школ достаточно различны. Это касается не только медикаментозного лечения, но и диетотерапии, физиотерапии, психотерапии. Одни и те же болезни по-разному лечат в Ташкенте, Москве, Париже, Лондоне, Пекине и Вашингтоне; даже в разных клиниках города Ташкента лечение может быть совершенно различным.

Анализ результатов лечения в поликлиниках по данным литературы показывает, что те или иные ошибки в лечении имеют место у каждого 3–5 больного, в стационарах эти ошибки встречаются не реже. Ошибки в терапии имеют в своей основе 4 причины:

1. Ошибки в диагностике.
2. Недооценка сопутствующих болезней.
3. Недооценка преемственности медицинской помощи.
4. Собственно ошибки в лечении:
 - 4.1. Незнание психотерапии
 - 4.2. Недооценка рекомендации по рациональному образу жизни.
 - 4.3. Упрощённая диетотерапия.
 - 4.4. Недооценка физических методов лечения (физиотерапия, ЛФК, массаж).

4.5. Ошибки фармакотерапии:

4.5.1. Полипрагмазия.

4.5.2. Неправильная методика назначений.

4.5.3. Отсутствие указаний как применять лекарственный препарат.

4.5.4. Незнание и недоучёт побочных эффектов лечения.

Ошибки в диагностике связаны с многими причинами и прежде всего в отсутствии соответствующих навыков, даже при наличии необходимых терапевтических знаний. Следует иметь в виду, что отсутствие концептуальности в диагностике оборачивается хаотическим лечением. К составному элементу этой группы ошибок можно отнести также недооценку сопутствующих заболеваний и осложнений. На фоне старения населения и хронизации многих заболеваний пациент, страдающий только одним из них, встречается редко. Множественность болезней присуща не только лицам пожилого возраста, но и многим молодым людям и подросткам. Следует иметь в виду, что лечение пациентов, имеющих, кроме основного и ещё сопутствующие заболевания должно проводиться с учётом последнего. Так, существенно меняется тактика лечения больших различными соматическими заболеваниями при наличии у них таких заболеваний, как цирроз печени, глаукомы, аденомы предстательной железы. Однако что не всегда учитывается в повседневной практике. Недопустимо недооценивать и проблему лечения лиц пожилого возраста. Как показывает анализ литературы, не следует стремиться лечить у этих пациентов все имеющиеся болезни: необходимо уметь определять у них приоритетную направленность жалоб и состояния. Нельзя старого человека довести до норм молодого. Дефекты в лечении, в основе которых находится несовершенная преемственность медицинской помощи, дают себе знать не только на фоне систем территориальной и ведомственной медицины, но и особенно между различными специалистами. При этом имеется в виду не только прямая, но и обратная связь между терапевтами с одной стороны и хирургами, онкологами, дерматовенерологами, психиатрами и др. специалистами с др. Относится это и к лечению в поликлиниках после выписки из стационара. Собственно ошибки в лечении связаны, прежде всего, с незнанием, а также особенностями личности и мышления врача. В основе незнания, прежде всего находится то, что высшая школа не учит

будущего врача систематически учиться. Усовершенствование – это в первую очередь постоянное самоусовершенствование. Молодой врач переоценивает только что полученные знания, врач со стажем – переоценивает свой опыт. Очень велико значение особенностей личности врача. Дефекты синтетического мышления являются одной из причин полипрагмазии и преимущественно симптоматического лечения, неуверенность приводит к применению лекарственных средств в средних дозах, отсутствие динамичности в понимании болезненного процесса обуславливает упомянутое выше длительное однотипное лечение, без осознания его неэффективности и т.д. Незнание принципов психотерапии, смысл которого сводят лишь к утверждениям типа « всё будет хорошо». Между тем, помимо понимания всего комплекса методов современной психотерапии, надо учитывать, что по-разному следует говорить с больными острыми и хронической болезнями, излечимой и неизлечимой, женщиной и мужчиной, человеком образованным и с недовоинтеллектом, страдающим депрессией оптимистом, юношей и стариком. Имеются значительные погрешности у врачей в назначении соответствующих диет, которая заключается в большинстве случаев к запрету острых, жареных и жирных блюд. Как заметила одна из пациенток из встреч с врачами она четко усвоила, что в диете главное – не есть ничего вкусного. Мало используется физиотерапия, малитра методов бедна и однообразна. Чаще применяют физиотерапию при болезнях опорно-двигательного аппарата и крайне недостаточно – в кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии. Забывают и о лечебной физкультуре, а также о массаже. Много ошибок обнаруживается в фармакотерапии. Никак не прививается положение, что в том случае, когда можно лечить без лекарств, лучше их не использовать. Особенно распространена полипрагмазия не только из-за отсутствия интегрального подхода к больному, но и его полиморбидности. Известную роль играет также и растущая частота функциональных расстройств нервной системы, при которой больные склонны обращаться к нескольким врачам, получая от них разные рекомендации. Как показывает анализ литературы, в 66% лечение оказывается недостаточным, а в 91% случаев избыточным, часто эти дефекты сочетаются. Особенно опасно использование без достаточных оснований и контроля средств агрессивной терапии. Это свидетельствует о том, что до-

статочное количество врачей неудовлетворительно знают диапазоны дозировок лекарственных средств, их совместимость, побочные эффекты. Что же требуется для уменьшения количества ошибок? Помимо необходимости повышения квалификации врачей разбора встречающихся ошибок, улучшения информации о фармакокинестике лекарственных средств, особого внимания заслуживают вопросы клинического мышления врача. А это в первую очередь развивается путём клинико-анатомического анализа, который ни в коей мере не должен сводиться к сопоставлению клинического и патологоанатомического диагнозов, а должен заключать в себе глубокий всесторонний анализ качества лечения. Ведь о медицине и врачах судят не по тому как, когда и насколько точно поставлен диагноз, а по тому, каковы результаты лечения.

Глава 8.

МЕДИЦИНСКОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ И ПРАВИЛА ЕГО ОФОРМЛЕНИЯ

При оформлении бланков «Медицинское свидетельство о смерти» или «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (формы №106-2/х, утвержденные приказом Минздрава РУз от 27 февраля 2010 г. №56 «Об утверждении порядка выдачи медицинского извещения о рождении, медицинских свидетельств о перинатальной смерти и смерти в учреждениях Министерства здравоохранения Республики Узбекистан») используют понятия «первоначальная причина смерти» и «непосредственная причина смерти».

Первоначальная причина смерти – это: а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти; б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

Согласно законодательству РУз в качестве первоначальной причины смерти от травмы указывают ее вид.

В заключительном клиническом или патологоанатомическом диагнозах первоначальная причина смерти – это основное заболевание при монокаузальной структуре диагноза или нозологическая единица, выставленная на первом месте в комбинированном основном заболевании или полипатии.

Первоначальная причина смерти указывается и кодируется по МКБ-10 в медицинском свидетельстве о смерти.

Непосредственная причина смерти – это смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти, но не элемент самого механизма смерти.

Непосредственная причина смерти также указывается в медицинском свидетельстве о смерти, но не кодируется по МКБ-10.

Могут встретиться летальные исходы, в которых основное заболевание (первоначальная причина смерти) является одновременно непосредственной причиной смерти, не имея смертельных осложнений.

При смерти больного после хирургического вмешательства, важного для танатогенеза диагностического или другого медицинского вмешательства, необходимо его указать в «Заключении о причине смерти» и число суток (часов) до летального исхода после их проведения.

Форма медицинского свидетельства о смерти является международной и содержит для записи причины смерти пункт 18 (и пункт 8 – на корешке свидетельства) с разделами «I», (строками «а», «б», «в») и «II», а напротив них – пустые ячейки, предназначенные для указания кода первоначальной причины смерти по МКБ-10.

Состояние, записанное на нижней заполненной строке пункта 18, раздела «I» в строках «а», «б», «в» свидетельства, является первоначальной причиной смерти, используемой для статистических разработок. Записи в медицинских свидетельствах о смерти должны полностью совпадать с соответствующими записями в медицинской документации (диагнозом, заключением о причине смерти и др.).

Если имело место только одно явление в цепи патологических процессов, достаточно записи на строке «а» в разделе «I» свидетельства. Если имело место более одного явления в этой цепи, непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) вписывается на строке «а», при этом первоначальную причину смерти следует вписывать последней, на строке «б» (или «в», с указанием других, «промежуточных», патологических процессов на строке «б»). Таким образом, в разделе «I» можно указать последовательно до 3 нозологических форм, синдромов, патологических процессов (строки «а», «б» и «в») причем в последовательности, обратной диагнозу.

Таким образом (раздел «I» строка «а») указывается непосредственная причина смерти (смертельное осложнение). Если непосредственная (осложнение) и первоначальная (основное заболевание) причины смерти совпадают (смерть последовала от самого заболевания), то в этом пункте указывается только одно основное заболевание – первоначальная причина смерти. В других случаях

первоначальная причина смерти (основное заболевание) указывается ниже, в строках «б» или «в» (в последнем случае при наличии важных «промежуточных» патологических процессов, между смертельным осложнением и основным заболеванием).

При комбинированном основном заболевании в разделе «I» медицинского свидетельства о смерти указывается только первая нозологическая единица, которая становится первоначальной причиной смерти.

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

В разделе «II» пункта 18 медицинского свидетельства о смерти указывают одну из оставшихся нозологических единиц комбинированного основного заболевания (если оно было комбинированным) и/или важнейших сопутствующих заболеваний, которые потребовали лечебно-диагностических мероприятий. Эта нозологическая единица, синдром или патологический процесс кодируется по МКБ-10.

Приоритет при оформлении и кодировании нозологических единиц в разделе «II» медицинского свидетельства о смерти имеют в порядке убывания:

вторая нозологическая единица в составе комбинированного основного заболевания или полипатии;

при монокаузальной диагностике, из сопутствующих заболеваний – алкоголизм (или хроническая алкогольная интоксикация) или наркомания; социально значимые заболевания (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, новообразования, инфекционные болезни и др.).

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на всех мертворожденных и живорожденных, умерших в течение 7 сут (168 ч) после рождения. В строку «а» вносят основное заболевание или наиболее важное патологическое состояние ребенка, которое кодируется и учитывается как причина смерти, в строку «б» – другое заболевание, важное в танатогенезе, в строку «в» – основное заболевание или состояние матери, в строку «г» – другое патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка, в строку «д» – другие обстоятельства, имевшие отношение к смерти плода или ребенка.

При заполнении ячеек (клеток) кодовой таблицы для кодирования причин смерти по МКБ-10 в пункте 18 медицинского свидетельства о смерти, код следует указать в ячейках строго напротив строки, где имеется запись первоначальной причины смерти (в разделе «I») и строго напротив раздела «II» для второй нозологической единицы.

Примеры.

Для 4-х значных кодов:

1) неправильно

I	22	I	
---	----	---	--

2) правильно

I	22		I
---	----	--	---

Для 3-х значных кодов:

1) неправильно

	C	8	1
--	---	---	---

2) правильно

C	81		
---	----	--	--

Бланк медицинского свидетельства о смерти является документом строгой отчетности. В каждом медицинском учреждении должны быть изданы внутренние приказы, регламентирующие правила работы с ними в соответствии с нормативными и распорядительными документами Минздрава РУз.

Медицинское свидетельство о смерти должно быть выдано родственникам умершего или уполномоченным ими лицам, взявшим на себя обязанность осуществить погребение, не позднее одних суток после проведения патологоанатомического вскрытия (или после оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось). Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано с пометкой «окончательное» или «предварительное». Нередко патологоанатомический диагноз может быть окончательно сформулирован только после гистологического исследования взятых образцов тканей и органов, получения результатов других методов исследования (включая не только морфологические) и т.д. Поэтому существует объективная необходимость в ряде случаев изменить запись в медицинском свидетельстве о смерти, даже если оно было оформлено как окончательное.

В случаях возникновения такой необходимости оформляется второе медицинское свидетельство о смерти (в его бланке подчеркивается «окончательное вместо предварительного» или «окончательное вместо окончательного»). Его следует в течение 7 сут (при наличии инфекционного заболевания) или одного месяца (при прочих заболеваниях) передать в органы государственной статистики.

В качестве примеров заполнения медицинских удостоверений о причине смерти можно привести следующие:

Основное заболевание: ревматическая лихорадка (активность, характер течения); острый ревматический бородавчатый эндокардит митрального клапана (I01.1).

Осложнения основного заболевания: тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии, ишемический инфаркт в теменной и височной долях левого полушария головного мозга (размеры очага), отек головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) ишемический инфаркт головного мозга;
- б) тромбоэмбол в левой средней мозговой артерии;
- в) острый ревматический эндокардит (I01.1);

II. —

Основное заболевание. Ревматическая лихорадка (активность, характер течения): острый ревматический миокардит, склероз створок, склероз и сращение сухожильных нитей митрального клапана (диаметр левого атриовентрикулярного отверстия) (I01.2).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие, выраженный отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) отек легких;
- б) острый ревматический миокардит (I01.2);
- в) —

II. —

Основное заболевание. Ревматическая лихорадка (активность, характер течения); ревматический панкардит: возвратно-бородавчатый эндокардит, сращение и деформация створок, сращение и укорочение сухожильных нитей митрального клапана с преобладанием его недостаточности (диаметр левого атриовентрикулярного отверстия); интерстициальный миокардит, слипчивый перикардит (I01.8).

Осложнения основного заболевания. Тромбоэмболический синдром: тромбоз в левой коронарной артерии, инфаркт миокарда в области боковой стенки и верхушки левого желудочка (размеры очага); свежие инфаркты и постинфарктные рубцы почек и селезенки; бурая индурация легких; мускатная печень; цианотическая индурация почек и селезенки; острое общее венозное полнокровие, отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

- а) инфаркт миокарда;
- б) тромбоэмболический синдром;
- в) острый ревматический панкардит (I01.8)

II. –

Основное заболевание. Ревматический сочетанный митрально-аортальный порок сердца: склероз, сращение, деформация и кальциноз створок и сухожильных нитей митрального клапана, створок аортального клапана с преобладанием стеноза (диаметр левого атрио-вентрикулярного отверстия – 1 см, устья аорты – 1,5 см); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2,0 см, правого – 0,6 см) с выраженной дилатацией полостей сердца (I08.0).

Осложнения основного заболевания: хроническое общее венозное полнокровие; бурая индурация легких, мускатный фиброз печени, цианотическая индурация почек и селезенки; двусторонний гидроторакс (по 1000 мл), асцит (3000 мл), гидроперикард (300 мл); отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;
- б) ревматический митрально-аортальный порок сердца (I08.0);
- в) –

II. –

Основное заболевание. Ревматический комбинированный митральный порок сердца (стеноз и недостаточность): склероз, сращение и деформация створок митрального клапана с преобладанием его стеноза, сращение и укорочение сухожильных нитей митрального клапана (диаметр левого атриоventрикулярного отверстия); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 420 г, толщина стенки левого желудочка 2.3 см, правого – 0.5 см); операция протезирования митрального клапана протезом (наименование протеза, дата операции) (I05.2).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие; мускатный фиброз печени; выраженный отек головного мозга с дислокацией его ствола, мелкоочечные кровоизлияния в области моста и продолговатого мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) отек головного мозга с дислокацией его ствола;
б) операция протезирования митрального клапана (дата);
в) ревматический комбинированный митральный порок сердца (105.2);

II. –

Основное заболевание: гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (степень, стадия, степень риска); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 510 г, толщина стенки левого желудочка 2.2 см, правого – 0.4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца; нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (I степень, II стадия); артериолосклеротический нефросклероз с исходом в первично сморщенные почки (масса обеих почек 200 г) (113.1).

Осложнения основного заболевания. Хроническая почечная недостаточность, уремия (биохимия крови –..., дата): уремический эрозивно-язвенный пангастрит, фибринозный энтероколит, фибринозный перикардит, жировая дистрофия печени; хроническое общее венозное полнокровие; отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевание: атеросклероз аорты, артерий головного мозга (2-я степень, II стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) уремия;
б) гипертоническая болезнь с поражением сердца и почек (113.1);

в) –

II. –

Основное заболевание. Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца (степень, стадия, степень риска): эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 460 г, толщина стенки левого желудочка 2.1 см, правого – 0.4 см) с выраженной дилатацией полостей сердца и относительной недостаточностью митрального и трехстворчатого клапанов (диа-

метр или периметр левого и правого атриовентрикулярных отверстий); нестенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (I степень, II стадия); артериолосклеротический нефросклероз (I11.0).

Осложнения основного заболевания. Хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатный фиброз печени, цианотическая индурация почек и селезенки; двусторонний гидроторакс (по 2000 мл); асцит (5000 мл); гидроперикард (250 мл); анасарка.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;

б) гипертоническая болезнь с поражением сердца (I11.0);

в) –

II. –

Основное заболевание: внезапная сердечная смерть; фибрилляция желудочков сердца (по клиническим данным) (I46.1).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие; жидкая кровь в полостях сердца и магистральных сосудах; отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: хронический простой бронхит (J41.0)

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) внезапная сердечная смерть (I46.1);

б) –

в) –

II. Хронический простой бронхит (J41.0).

Основное заболевание: острая коронарная смерть (допустим термин «Внезапная коронарная смерть»); очаги неравномерного кровенаполнения миокарда в межжелудочковой перегородке; стенозирующий атеросклероз артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 50% общего просвета трех артерий) (I24.8).

Осложнения основного заболевания: фибрилляция желудочков (по клиническим данным); острое общее венозное полнокровие; жидкая кровь в полостях сердца и просвете аорты; отек легких и головного мозга; мелкоточечные кровоизлияния под эпикардом и плеврой.

Сопутствующие заболевания: хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии (K80.1).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) острая коронарная смерть (допустим термин «внезапная коронарная смерть») (I24.8);

б) —

в) —

II. Хронический калькулезный холецистит (K80.1).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: острый трансмуральный инфаркт миокарда в области заднебоковой стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (давностью около 8 сут, размеры очага некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, IV стадия, стеноз до 70% левой нисходящей артерии) (I21.0).

Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь (степень, стадия, степень риска): эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 430 г, толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого — 0,3 см), артериолосклеротический нефросклероз (I13.0).

Осложнения основного заболевания: фибрилляция желудочков сердца (клинически); острое общее венозное полнокровие; отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Отдаленные последствия нарушения мозгового кровообращения (год): бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария; атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, IV стадия, стеноз до 40%), аорты (3-я степень, IV стадия); субсерозная фибромиома матки.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) фибрилляция желудочков сердца;

б) острый инфаркт миокарда, переднебоковой и межжелудочковой перегородок (I21.0);

в) —

II. Гипертоническая болезнь (I13.0).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: острый трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой стенки и верхушки левого желудочка (давностью около 4 сут, размеры очага некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 70%) (I21.0).

Фоновое заболевание. Почечная артериальная гипертензия:

эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 2.0 см, правого – 0.3 см); хронический двусторонний пиелонефрит в фазе ремиссии, пиелонефритический нефросклероз (масса обеих почек) (I15.1).

Осложнения основного заболевания: миомаляция и разрыв передней стенки левого желудочка сердца; гемотампонада перикарда (объем излившейся крови, мл); острое общее венозное полнокровие; отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания. Язвенная болезнь желудка, стадия рубцевания: хроническая каллезная эпителизированная язва (диаметр язвенного дефекта) тела желудка в области его малой кривизны; хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) гемотампонада перикарда;

б) разрыв передней стенки левого желудочка сердца;

в) острый инфаркт миокарда передневерхушечный (I21.0);

II. Почечная артериальная гипертензия (I15.1).

Комбинированное основное заболевание

Конкурирующие заболевания:

Острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (давность около 3 сут, размеры очага некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, стеноз до 70%) (I21.0).

Ишемический инфаркт лобной доли правого полушария головного мозга (размеры очага некроза); стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%) (I63.5).

Осложнения основного заболевания: острое общее полнокровие; отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) острая сердечно-сосудистая недостаточность;

б) острый трансмуральный инфаркт миокарда передней и боковой стенок левого желудочка (I21.0);

в) –

II. Ишемический инфаркт головного мозга (I63.5).

Основное заболевание: Организующийся крупноочаговый инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка (давностью около 35 сут, размеры очага некроза); стенозирующий

атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, III стадия, организованный обтурирующий тромб левой огибающей артерии, стеноз других артерий до 50%) (I25.8).

Осложнения основного заболевания: острая аневризма сердца в области задней стенки левого желудочка; острое общее венозное полнокровие. Выраженный отек легких.

Сопутствующие заболевания: метатуберкулезный пневмосклероз верхней доли правого легкого (B90.9); хронический калькулезный холецистит, ремиссия; атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 25%).

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) отек легких;
- б) острая аневризма сердца;
- в) организующийся инфаркт миокарда, давностью 35 сут (I25.8);

II. Метатуберкулезный пневмосклероз (B90.9).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: повторный крупноочаговый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка с переходом на заднюю стенку правого желудочка (давностью около 3 сут, размеры очага некроза), крупноочаговый кардиосклероз боковой стенки левого желудочка (размеры рубца); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1.7 см, правого – 0.3 см); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, II стадия, стеноз до 60% нисходящей ветви левой коронарной артерии) (I21.2).

Фоновое заболевание: сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, в стадии декомпенсации (глюкоза крови – ..., дата). Диабетическая макро- и микроангиопатия: атеросклероз аорты (3-я степень, III стадия), артерий головного мозга (3-я степень, II стадия, стеноз до 25%), диабетическая ретинопатия (по данным истории болезни), диабетический нефросклероз (артериальная гипертензия – клинически) (E11.7).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие; отек легких.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) отек легких;

б) повторный инфаркт миокарда, заднебоковой с переходом на правый желудочек (I21.2);

в) –

II. Сахарный диабет 2 типа (E11.7).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: рецидивирующий инфаркт миокарда: свежие (давностью около 3 сут – или от... дата) и организующиеся очаги некроза (давностью около 25 сут) в области задней стенки и задней сосочковой мышцы левого желудочка и межжелудочковой перегородки (размеры очагов некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (2-я степень, II стадия, стеноз ветвей левой коронарной артерии до 75%) (I22.1).

* Фоновое заболевание. Реноваскулярная артериальная гипертензия: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 360 г, толщина стенки левого желудочка 1,9 см, правого – 0,2 см); стенозирующий атеросклероз почечных артерий (3-я степень, III стадия, обтурирующий организованный тромб левой и стеноз до 25% правой артерий); первично сморщенная левая почка (масса 25 г), атероартериолосклеротический нефросклероз правой почки (I15.0).

Осложнения основного заболевания: отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка; кардиогенный шок (клинически), жидкая темная кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов; точечные кровоизлияния под плеврой и эпикардом; острое общее венозное полнокровие; «шоковые» правая почка и легкие.

Сопутствующие заболевания: атеросклеротическая деменция (вид, другая характеристика – клинически); стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 50%); умеренно выраженные атрофия больших полушарий головного мозга и внутренняя гидроцефалия; атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) кардиогенный шок;

б) отрыв задней сосочковой мышцы левого желудочка сердца;

в) рецидивирующий инфаркт миокарда задней стенки и межжелудочковой перегородки (I22.1);

II. Реноваскулярная артериальная гипертензия (I15.0).

Основное заболевание: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (3-я степень, IV стадия, стеноз до 60%) (I25.1).

Осложнения основного заболевания: хроническое общее венозное полнокровие: бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация почек, селезенки; отек легких и головного мозга.

Сопутствующие заболевания: хронический калькулезный холецистит в стадии ремиссии (K80.1); атеросклероз аорты (3-я степень, IV стадия), артерий головного мозга (2-я степень, II стадия, стеноз до 30%); старческая эмфизема легких.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;

б) диффузный мелкоочаговый кардиосклероз (I25.1);

в) –

II. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия (K80.1).

Глава 9.

ЯТРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЕЁ РОЛЬ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТАНАТОГЕНЕЗЕ

Ятрогении (буквально – «болезни, порожденные врачом», от греч. *iatros* – врач + *genes* – порождающий). Согласно МКБ-9 (принятой ВОЗ в 1975 г.) и действующей в настоящее время МКБ-10 (1989) – это групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения.

Понятие «ятрогения» является частью более широкого и собирательного термина «неблагоприятные последствия лечения». Координатором исследований проблемы неблагоприятных последствий лечения является Всемирный альянс по защите безопасности пациентов, созданный ВОЗ в 2004 г. (члены альянса – государственные и общественные деятели, медицинские эксперты и специалисты из Австралии, Великобритании, США и др.). В разных странах также организованы соответствующие национальные структуры, например, в США – Национальное агентство по безопасности пациентов (National Patient Safety Agency), Американская ассоциация по изучению ятрогений (American Iatrogenic Association). В России, помимо стандартных форм статистической отчетности медицинских организаций, существует практика извещений о развитии неблагоприятных последствий лечения, которые заполняются по факту конкретными практикующими врачами и направляются в Росздравнадзор.

Представления о распространенности неблагоприятных последствий лечения варьируют в зависимости от того, считать ли таковыми события, не нанесшие больному значительного вреда,

или если нанесенный вред был ожидаемым и ненамеренным (побочные действия лекарственных препаратов и др.).

Всемирным альянсом по безопасности пациентов и национальными организациями стран-членов ВОЗ, в рамках проблемы неблагоприятных последствий лечения используются различные термины и понятия.

Harm (причиненный вред) – болезнь, повреждение, страдание, недееспособность, а также летальный исход, наступившие вследствие лечения.

Iatrogenesis (ятрогения) – в широком смысле понимается как неблагоприятные последствия любых медицинских мероприятий. Самостоятельные действия пациента и воздействия немедицинского характера не является причиной ятрогении. В крайнем случае, источником ятрогении может стать даже назначение плацебо, если пациент получил его из рук врача и соблюдал рекомендации по лечению. Ятрогению необходимо рассматривать как неизбежную составную часть лечебно-диагностического процесса. Передкое отождествление термина «ятрогения» с понятием «врачебная ошибка» неверно. Понятие ятрогении также не включает случаи, когда болезнь наступила или прогрессировала из-за неоказания медицинской помощи, расхождения диагнозов, недоступности обследования или необходимого лекарственного препарата. Вызвать ятрогенную патологию (ЯП) может любой медицинский работник: врач, рентгенотехник, медицинский регистратор или медицинская сестра, фармацевт.

Medical Error (врачебная ошибка) – ненамеренная профессиональная ошибка медицинского работника: добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве медицинской науки и ее методов или атипичном течение заболевания или недостаточности подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества. Такая ошибка не относится к юридическим понятиям, не предусматривает вины медицинского работника, но в некоторых случаях может стать причиной его юридической ответственности.

Наиболее часто врачебные ошибки происходят при внедрении новых сложных методов диагностики и лечения, оказании экстренной медицинской помощи, отсутствии профессионального опыта, лечении больных старших возрастных групп. Их примерами яв-

ляются неверный диагноз, ошибки в проведении лекарственной терапии, оперативных вмешательств и др.

Adverse Event (неблагоприятное последствие лечения), например, анафилактическая реакция, инфицирование послеоперационной раны, пневмоторакс после катетеризации центральной вены, различные патологические процессы у длительно иммобилизованных в стационаре пожилых пациентов.

Serious Adverse Event (тяжелое неблагоприятное последствие лечения), например, инвалидизация или летальный исход.

Unexpected Adverse Event (неожидаемое неблагоприятное последствие лечения), например, анафилактический шок.

Suspected Unexpected Serious Adverse Event (подозреваемое неожиданное серьезное неблагоприятное последствие лечения), например, синдром Кушинга при стероидной терапии.

Adverse Effect (неблагоприятный эффект) – ненамеренное нежелательное, но, нередко, ожидаемое и предотвратимое повреждающее побочное действие лечебно-диагностических мероприятий, вне зависимости от правильности их проведения. Такие побочные действия, в основном, лекарственных препаратов, образуют значительную часть ятрогенных патологических процессов и широко распространены. Например:

- самопроизвольный аборт или маточное кровотечение при применении мизопростола – редкий случай, когда нежелательное побочное действие препарата широко используется для легальных и нелегальных абортов;
- развитие зависимости от обезболивающих и седативных препаратов (диазепама, морфина, трамала и т.д.);
- желудочно-кишечное кровотечение, вызванное длительным приемом ацетилсалициловой кислоты;
- глухота и почечная недостаточность вследствие лечения гентамицином;
- слабоумие после операций аортокоронарного шунтирования;
- депрессия или печеночная недостаточность вследствие лечения интерфероном;
- диабет, развившийся после лечения нейролептиками;
- диарея, вызванная применением орлистата;
- эректильная дисфункция, ассоциированная с терапией антидепрессантами;

- лихорадочная реакция после вакцинации против полиомиелита;
- глаукома при лечении глазными каплями, содержащими глюкокортикоиды;
- алопеция, анемия и др. при химиотерапии по поводу рака;
- артериальная гипертензия у хронических потребителей эфедрина;
- мелазма и тромбозамболии, ассоциированные с приемом оральных контрацептивов;
- рабдомиолиз при лечении статинами;
- паркинсоноподобный синдром на фоне длительного приема метоклопрамида и нейролептиков и т.д.

Adverse Reaction (Side effect) – побочный эффект – неблагоприятное последствие конкретной диагностической и лечебной процедуры или, чаще, фармакотерапии, проведенных правильно, но приведших к неожиданному и непредотвратимому ущербу.

Согласно данным Американской ассоциации по изучению ятрогений, их основными причинами являются:

- непамеренные медицинские ошибки (несчастный случай);
- неблагоприятные последствия фармакотерапии, включая нежелательное лекарственное взаимодействие и нежелательное, по ожидаемое побочное действие лекарств (одна из самых частых причин ятрогений);
- применение недостаточно проверенных или чрезмерно радикальных методов лечения (например, лоботомия или ятрогенные инсулиновые комы у больных шизофренией, соматически инвалидизирующие больного, при том, что их эффективность в отношении обрыва психоза так и не была доказана);
- диагностические ошибки вследствие влияния «человеческого фактора». В этой рубрике особое место занимают ятрогении вследствие небрежности медицинских работников и фармацевтов. Например, неаккуратно, от руки написанное название препарата в истории болезни часто становится причиной ошибочной выдачи лекарственного препарата больному;
- нозокомиальные инфекции и рост резистентности микрофлоры – имеет много признаков ятрогении, поскольку в значительной степени произрастает из рутинного и необоснованного назначения антибиотиков врачами общей практики. Эта группа включает в себя также, например, пролежни, септические осложнения после инъекций и катетеризации центральной вены, заражение вирусным гепатитом В и С, ВИЧ-инфекцией;

– медицинские воздействия, которые можно ассоциировать с понятием «медицинские пытки». Классическими примерами стали медицинские эксперименты в концентрационных лагерях во время Второй мировой войны. Однако к этой категории относят и практику «экономного» отношения к анестезии при экстракции зуба или медицинском аборте и т.д.

Развитие медицины, научно-технический прогресс, неизбежно и объективно ведут к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов.

Клиницисты и патологоанатомы отмечают, что осложнения диагностики и лечения («болезни от прогресса медицины») приняли характер эпидемии. На сегодняшний день не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Имеющийся арсенал медицинских средств становится все более «агрессивным» по отношению к больному. Научно-технический прогресс в медицине постоянно повышает роль «человеческого фактора».

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

У многих специалистов сложилось настороженное и негативное отношение к термину «ятрогении». Передко встречается ошибочное отождествление этого термина с понятием «врачебная ошибка», что приводит к вольному или невольному сокрытию ятрогений и к предложениям отказаться от употребления этого термина. Одинаково опасны как «вылавливание ятрогений», «запугивание ятрогенией», так и их сокрытие, отсутствие о них объективной статистической информации.

Неверно отождествлять между собой понятия «ятрогения» и «врачебная (медицинская) ошибка», хотя развитие ятрогении в части случаев может быть следствием такой «ошибки» (в классическом понимании этого термина – как добросовестного заблуждения медицинского работника). Однако ЯП следует относить к дефектам оказания медицинской помощи с разнообразными причинами их развития.

В этой связи оценка ятрогений, проведенная на стандартных принципах, может выступать в качестве одного из индикаторов

качества лечебно-диагностического процесса (оказания медицинских услуг).

При ЯП правила формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов, их сопоставления, кодирования по МКБ-10 подчиняются, прежде всего, общим требованиям, предъявляемым к формулировке диагнозов при других заболеваниях.

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

Ятрогении – результат любых (правильно, своевременно и по показаниям проведенных, или ошибочных, проведенных с дефектами) медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, анестезиологических, лечебных, реанимационных, косметических или реабилитационных). Не может трактоваться, как ятрогенный патологический процесс, факт расхождения диагнозов по любой категории и причинам.

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

Любой ятрогенный патологический процесс необходимо доказать – клинически или морфологически. Без проведения патологоанатомического (или судебно-медицинского) вскрытия факт наличия ятрогенного патологического процесса, сыгравшего существенную роль в танатогенезе, не может считаться доказанным.

Категорически запрещается употреблять термины «ятрогения», «ятрогенное осложнение», «ятрогенный патологический процесс» и им подобные в каких-либо из рубрик клинического или патологоанатомического диагнозов, в заключении о причине смерти, медицинском свидетельстве о смерти. Они могут быть использо-

ваны только в клиничко-анатомическом эпикризе протокола патологоанатомического вскрытия (как запись личного мнения врача-патологоанатома), в карте экспертной оценки летального исхода на основании результатов патологоанатомического вскрытия и в соответствующих медицинских документах клиничко-экспертных комиссий и отчетных формах патологоанатомических и иных медицинских учреждений.

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

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

Например:

I. Ятрогении – первоначальные причины смерти: рубрики «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание» (1-е конкурирующее или сочетанное заболевания), «Полипатия» (1-е место среди составляющих ее нозологических форм).

II. Ятрогении с существенной ролью в танатогенезе: «Комбинированное основное заболевание» (2-е конкурирующее или сочетанное заболевания), «Полипатия» (2–3-е места среди составляющих ее нозологических форм), «Осложнения основного заболевания и медицинского вмешательства» (смертельное осложнение – первоначальная причина смерти).

III. Ятрогении, не сыгравшие существенной роли в танатогенезе: «Осложнения основного заболевания и медицинского вмешательства», «Сопутствующие заболевания».

В рубриках «Основное заболевание», «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 1-м месте в структуре комбинированного основного заболевания или полипатии) указываются ятрогенные патологические процессы, игравшие существенную роль в танатогенезе и доказанные клиничко-морфологически, в следующих случаях:

– передозировка, неправильное (ошибочное, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного) назначение лекарственного средства;

– диагностическое или лечебное мероприятие, выполненное непрофессионально с ошибками, не по показаниям, с недоучетом особенностей больного и т.д.;

– смерть от анафилактического шока; во время наркоза и анестезии; в результате профилактических медицинских и косметических мероприятий.

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

В рубриках «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия» (на 2-м месте в структуре комбинированного основного заболевания или 2–3-м – при полипатии) следует указывать ятрогенные патологические процессы этой группы, игравшие существенную роль в танатогенезе, но при отсутствии объективных доказательств их безусловной роли как первоначальных причин смерти.

Клиническая практика свидетельствует, что патогенез ятрогений нередко многофакторный. Во многих случаях ятрогенные патологические процессы являются результатом сложного взаимодействия организма с измененной (врожденной или приобретенной) реактивностью и медицинских воздействий (проведенных правильно и по показаниям, в соответствии с действующими стандартами или ошибочных). Поэтому, достоверно установить «удельную значимость» в танатогенезе медицинских воздействий часто невозможно. В таких случаях, при наличии прогрессирования естественно развившегося заболевания, ятрогении сужено указывать на 2-м месте в структуре комбинированного основного заболевания, 2–3-м местах – при полипатии, или в рубрике «Осложнения основного заболевания и медицинского вмешательства» (смертельное осложнение – первоначальная причина смерти).

В рубрике «Осложнения основного заболевания (и медицинского вмешательства)» указывают ятрогенные патологические про-

цессы (кроме анафилактического шока и смерти во время наркоза или анестезии), обусловленные правильно, по показаниям, в соответствии с действующими стандартами проведенными диагностическими, лечебными, реанимационными, реабилитационными (но не профилактическими или косметическими) мероприятиями. Патогенетическое значение таких ятрогенных осложнений может быть различно: от смертельных (непосредственных причин смерти), до практически не игравших роли в танатогенезе.

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

Послеоперационные осложнения или осложнения реанимации и интенсивной терапии иногда патогенетически связаны с основным заболеванием и его осложнениями, но могут быть и ятрогенными, вызванными медицинскими воздействиями. В соответствии с требованиями МКБ-10 необходимо рассматривать оперативные вмешательства как прямые последствия хирургического заболевания и считать послеоперационными все осложнения, возникшие в течение 4 нед. после хирургического вмешательства.

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

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

Оформление медицинского свидетельства о смерти и кодирование (шифровка) ятрогений производится в соответствии с общими

правилами. В медицинском свидетельстве о смерти ятрогенные патологические процессы, которые явились первоначальными причинами смерти (рубрики «Основное заболевание», 1-е место в рубриках «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия») фиксируются в раздел «I» пункта 18 и кодируются по МКБ-10.

Ятрогении, указанные на 2-м месте в рубриках «Комбинированное основное заболевание», «Полипатия», записываются в разделе «I» пункта 18 и также кодируются по МКБ-10.

Ятрогенные патологические процессы, указанные в других рубриках диагноза, даже будучи непосредственной причиной смерти (смертельным осложнением), не кодируются по МКБ-10 в медицинском свидетельстве о смерти. Их статистический анализ следует проводить по отчетам патологоанатомических бюро (отделений) и других медицинских учреждений.

В основу кодирования (шифровки) ятрогенных патологических процессов в соответствии с требованиями МКБ-10 положен принцип двойного кодирования с учетом как характера (сущности) патологического процесса (коды I–XIX классов), так и причины развития ятрогении («внешней причины», коды XX класса), приведенные в табл.9.1.

В классе XIX (Травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин), рубрики T36–T88, представлены коды, обозначающие сущность ятрогенных патологических процессов. Для отдельных типичных ятрогенных осложнений следует использовать коды, представленные в конце рубрик каждого класса заболеваний – от I до XVI. Дополнительным кодом класса XX шифруется причина развившейся ятрогении.

Основные рубрики этого класса следующие:

X40–X44 – случайная передозировка лекарств, неправильное назначение или прием лекарственного средства по ошибке;

Y40–Y59 – лекарственные средства, медикаменты и биологические субстанции, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении;

Y60–Y69 – случайное нанесение вреда больному в ходе терапевтического или хирургического вмешательства;

Y70–Y82 – медицинские приборы и устройства, связанные с несчастным случаем при их использовании для диагностики и лечения;

У88 – последствия терапевтического или хирургического вмешательств, как внешних причин заболеваемости и смертности.

Таблица 9.1

Рекомендуемые коды МКБ-10 (I–XVI, XIX, XX классов) для наиболее распространенных ятрогенных патологических процессов

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин		
Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (Т36–Т50)		
Исключены, некоторые неблагоприятные реакции на адекватно назначенные и правильно введенные лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества (А00–R99, Т78, Т80–Т88)		
Передозировка или неправильная выдача (неправильное назначение) лекарственных средств, медикаментов, биологических веществ	Т36–Т50	Исключены: анафилактический шок – Т80.5, Т78.2, Т88.6. Включены: наркотическая смерть при отравлении анестезирующими средствами и терапевтическими газами – Т41.0–Т41.5, передозировка сердечных гликозидов – Т46.0
Другие и неуточненные эффекты воздействия внешних причин (Т66–Т78)		
Осложнения лучевой терапии, включая лучевую болезнь	Т66	Исключены: лучевые ожоги – Т20–Т31; лейкоз – С91–С95; радиационные гастроэнтерит и колит – К52.0; пневмония – J70.0, J70.1; изменения кожи и подкожной клетчатки – L55–L59
Осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках (Т80–Т88)		
Исключены: некоторые неблагоприятные реакции на лекарственные средства и медикаменты (А00–R99, Т36–Т50), осложнения хирургических процедур во время беременности, родов и в послеродовом периоде (000–099), некоторые уточненные осложнения, классифицированные в других рубриках, такие, как синдром оперированного желудка (К91.1) и др.		

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
Воздушная эмболия, связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.0	Исключены: воздушная эмболия, связанная с другими процедурами - T81.7; при аборте, внематочной беременности - 000-008; беременности, родах и послеродовом периоде - 088
Тромбофлебит, флебит, тромбоэмболия, связанные с инфузией, трансфузией, или лечебной инъекцией	T80.1	
Инфекция или сепсис, связанные с инфузией, трансфузией или лечебной инъекцией	T80.2	При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95- B97)
Переливание несовместимой крови	T80.3- T80.4	По группе крови (системе ABO) - T80.3, по резус-фактору - T80.4
Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки	T80.5	Исключены: анафилактический шок без других уточнений - T78.2; анафилактический шок на адекватно назначенное и правильно введенное лекарственное средство - T88.6
Сывороточная болезнь	T80.6	-
Кровотечение и гематома, осложняющие процедуру, не классифицированные в других рубриках	T81.0	
Шок (коллапс) во время или после процедуры, не классифицированный в других рубриках	T81.1	Исключены: анафилактический шок - T80.5, T78.2, T88.6, шок, вызванный анестезией - T88.2; обусловленный правильно назначенным и правильно введенным лекарственным средством - T88.6

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
Случайные прокол, разрыв, перфорация сосудов, органов при выполнении процедур, не классифицированные в других рубриках	T81.2	Исключены: устройством, преднамеренно оставленным в операционной ране (дренаж и др.) – T82- T85
Инфекция (абсцесс, флегмона, сепсис), связанная с процедурой, не классифицированной в других рубриках	T81.4	Исключены: связанная с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией – T80.2; с имплантатом и трансплантатом – T82-T85
Инородное тело, случайно оставленное в полости тела или операционной ране при выполнении процедуры	T81.5	Исключен: перитонит (асептический, химический) после процедуры – T81.6. Включены: спайки, закупорка и перфорация, вызванные этим инородным телом
Осложнения, связанные с сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.0- T82.9	Инфекция, связанная с протезом клапана сердца – T82.6; тромбоз и эмболия, связанная с протезом клапана сердца – T82.8
Осложнения, связанные с мочеполовыми протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T83.0- T83.9	
Осложнения, связанные с внутренними ортопедическими протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T84.0- T84.9	Исключены: отторжение пересаженных органов – T86
Отмирание и отторжение пересаженных органов и тканей	T86.0- T86.9	
Осложнения реплантации и ампутации	T87.0- T87.6	Инфекция ампутационной культы – T87.4
Инфекция, сепсис, связанные с иммунизацией	T88.0	

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
Шок, вызванный правильно проведенной анестезией	T88.2	Исключены: шок при анестезии из-за передозировки или ошибочного применения препарата – T36- T50, послеоперационный шок – T81.1; анафилактический шок – T80.5, T78.2, T88.6
Злокачественная гипертермия, вызванная анестезией	T88.3	
Безуспешная или трудная интубация	T88.4	–
Другие осложнения анестезии	T88.5	Исключены: указанные в рубриках T36-T50
Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство	T88.6	Исключены: на введение сыворотки – T80.5; анафилактический шок без других уточнений – T78.2
Другие аллергические и т.д. патологические реакции на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство	T88.7	Исключены: указанные в рубриках T36-T50; некоторые неблагоприятные реакции при правильном назначении и введении лекарственных средств, например, изменения крови – D50- D76 и т.д.
Другие уточненные осложнения хирургических и терапевтических вмешательств, не классифицированные в других рубриках	T88.8	
Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности		
Случайная передозировка, неправильное назначение лекарственного средства, прием его по ошибке или невниманию, несчастные случаи при использовании лекарственных средств, медикаментов и биологических веществ при терапевтических и хирургических процедурах, отравление, не уточненное как случайное или преднамеренное (X40-X49).		

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
<p>Исключены: соответствующее назначению, правильно введенное в терапевтических или профилактических дозах лекарственное средство как причина неблагоприятной реакции (Y40-Y59).</p> <p>Примечания: эти коды могут использоваться для шифровки основного заболевания (первоначальной причины смерти) после клинико-экспертного анализа, уточненный перечень лекарственных средств представлен в алфавитном указателе МКБ-10</p>		
Неопиоидные анальгетики, жаропонижающие и противоревматические средства	X40	—
Седативные, снотворные средства и др.	X41	—
Другие (гормоны, анестетики, антибиотики, вакцины, терапевтические газы и др.) и неуточненные лекарственные средства	X44	—
<p>Случайное нанесение вреда больному, обусловленные различными дефектами выполнения терапевтических и хирургических вмешательств (Y60-Y69). Исключены: медицинские приборы и устройства как причина несчастных случаев при их использовании для диагностики и лечения (Y70-Y82), хирургические и терапевтические процедуры как причина аномальной реакции пациента без упоминания о случайном нанесении вреда больному во время их выполнения (Y83-Y84)</p> <p>Примечание: эти коды могут использоваться для шифровки основного заболевания (первоначальной причины смерти) после клинико-экспертного анализа</p>		
<p>Порез, укол, перфорация или кровотечение при выполнении хирургической или терапевтической процедуры</p>	Y60.0-Y60.9	<p>При хирургической операции – Y60.0. При проведении инфузии или трансфузии – Y60.1.</p> <p>При почечном диализе или другой перфузии – Y60.2.</p> <p>При проведении инъекции или иммунизации – Y60.3.</p> <p>При эндоскопическом исследовании – Y60.4. При катетеризации сердца – Y60.5. При аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации – Y60.6.</p>

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I-XVI классов
		При применении клизмы – Y60.7. При проведении другой хирургической или терапевтической процедуры – Y60.8
Инородное тело, случайно оставленное в организме при выполнении хирургической или терапевтической процедур	Y61.0- Y61.9	При проведении хирургической операции – Y61.0. При проведении инфузии или трансфузии – Y61.1. При почечном диализе или другой перфузии – Y61.2. При проведении инъекции или иммунизации – Y61.3. При эндоскопическом исследовании – Y61.4. При катетеризации сердца – Y61.5. При аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации – Y61.6. При удалении катетера или тампона – Y61.7. При проведении другой хирургической или терапевтической процедуры – Y61.8
Недостаточная стерильность при выполнении хирургических или терапевтических процедур	Y62.0- Y62.9	При выполнении хирургической операции – Y62.0. При проведении инфузии или трансфузии – Y62.1. При почечном диализе или другой перфузии – Y62.2. При проведении инъекции или иммунизации – Y62.3. При эндоскопическом исследовании – Y62.4. При катетеризации сердца – Y62.5. При аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации – Y62.6. При проведении другой хирургической или терапевтической процедуры – Y62.8

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
Ошибочность дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур	Y63.0 - Y63.9	<p>Исключены: случайные передозировка лекарств или введение по ошибке другого лекарственного средства – X40-X44. Включены: введение чрезмерного количества крови или другой жидкости во время трансфузии или инфузии – Y63.0; неправильное разведение вводимой жидкости - Y63.1;</p> <p>передозировка при лучевой терапии – Y63.2; случайное облучение больного при выполнении медицинской процедуры – Y63.3; несоответствие дозировки при лечении электрошоком или инсулиновым шоком – Y63.4; чрезмерно высокая или чрезмерно низкая температура при местной аппликации или наложении повязки – Y63.5; неприменение необходимого лекарственного средства, медикамента или биологического вещества – Y63.6;</p> <p>ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур – Y63.8 (кроме случаев, предусмотренных в рубриках X40-X44)</p>
Загрязненные медицинские или биологические вещества	Y64.0 - Y64.9	<p>Загрязненные медицинские или биологические вещества, использованные для трансфузии или инфузии – Y64.0. Исползованные для инъекции или вакцинации – Y64.1.</p> <p>Введенные другим способом – Y64.8</p>

Ятрогенный патологический процесс	Код МКБ-10	Примечание, включая коды I–XVI классов
Другие несчастные случаи во время оказания хирургической или терапевтической помощи	Y 65.0– Y65.8	Несовместимость перелитой крови – Y65.0. Использование для инфузии ошибочно взятой жидкости – Y65.1. Дефекты наложения шва или лигатуры во время хирургической операции – Y65.2. Неправильное положение эндотрахеальной трубки при наркозе – Y65.3. Дефект введения или удаления другой трубки или инструмента – Y65.4. Выполнение операции, не соответствующей показаниям – Y65.5. Другие уточненные несчастные случаи во время оказания хирургической или терапевтической помощи – Y65.8
Несчастные случаи при оказании медицинской помощи, связанные с дефектами медицинских приборов и устройств	Y 7 0 – Y82	Например: приборы для анестезии при хирургических операциях – Y70.3, шовный материал в хирургической практике – Y81.3

Примеры диагнозов

Клинические диагнозы

Основное заболевание: нестабильная стенокардия (вариант, полная характеристика) (I20.2).

Осложнения основного заболевания: нарушения ритма и проводимости (виды, полная характеристика). Отек легких.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ (дата), пункция и катетеризация правой подключичной вены (дата); повреждение стенок правых подключичных артерии и вены катетером; массивная гематома окружающих мягких тканей, прорыв правого купола плевры, внутриплевральное кровотечение; пункция правой плевральной полости с активной аспирацией крови (объем крови).

Сопутствующие заболевания: атеросклеротическая деменция (полная характеристика).

Основное заболевание: хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения; мелкоочаговая двусторонняя пневмония в VI–X сегментах (этиология); диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких; легочное сердце (J44.0).

Осложнения основного заболевания: недостаточность кровообращения (полная характеристика).

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: трахеостомия (дата), длительная ИВЛ (число суток); пролежень стенки трахеи, гнойный трахеобронхит. Гнойный медиастинит; сепсис; септический шок (этиология); синдром системного воспалительного ответа (показатели – ..., дата); синдром полиорганной недостаточности (показатели – ..., дата).

Основное заболевание: системная красная волчанка (полная характеристика), длительно леченая глюкокортикостероидами (название препаратов, дозы, даты) (M32.1).

Осложнения основного заболевания: лекарственный синдром Кушинга; очаговая пневмония (локализация, этиология); острая недостаточность надпочечников, коллапс.

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: анафилактический шок на внутривенное введение тубазида (T 88.6, дополнительный код Y41.1).

Фоновое заболевание: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого (M87+, дата), фаза прогрессирования (A15.0).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: случайная перфорация стенки правого предсердия внутрисосудистым концом катетера при катетеризации правой подпочечной вены и проведении инфузии (T81.2, дополнительный код Y60.1).

Фоновое заболевание: двусторонняя интерстициальная пневмония, вызванная парагриппом (2-й серотип вируса парагриппа, метод, дата) (J12.2).

Осложнения основного заболевания, гидромедиастинум, тампонада полости перикарда инфузионной жидкостью; остановка сердца (время).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: воздушная эмболия, развившаяся при пункции яремной вены с целью проведения инфузионной терапии (T80.0, дополнительный код Y65.8).

Фоновое заболевание: ИБС: нестабильная стенокардия (вариант, полная характеристика).

Осложнения основного заболевания: остановка сердца (время).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: асфиксия во время общего наркоза вследствие неправильного положения эндотрахеальной трубки (характер дефекта расположения трубки, время наркоза) во время операции ашлендэктомии (Т88.4, дополнительный код Y65.3).

Фоновое заболевание: острый деструктивный аппендицит (гистологический диагноз, биопсия №, дата) (K53).

Патологоанатомические диагнозы

Комбинированное основное заболевание: 1. Основное заболевание: случайная перфорация стенки правого предсердия внутрисосудистым концом катетера при катетеризации правой подключичной вены и проведении инфузии (Т81.2, дополнительный код Y60.1).

2. Фоновое заболевание: Пневмония, вызванная парагриппом (2-й серотип вируса парагриппа по данным посмертного иммунофлюоресцентного исследования, дата): двусторонняя интерстициальная пневмония, катаральный трахеобронхит (J12.2).

Осложнения основного заболевания: гидромедиастинум, тампонада полости перикарда инфузионной жидкостью; остановка сердца.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) остановка сердца;

б) тампонада полости перикарда инфузионной жидкостью;

в) случайная перфорация стенки правого предсердия при катетеризации правой подключичной вены и проведении инфузии (Т81.2/Y60.1);

II. Пневмония, вызванная вирусом парагриппа (J12.2).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: анафилактический шок на внутривенное введение тубазида (Т 88.6, дополнительный код Y41.1).

Фоновое заболевание: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. МБТ+, фаза прогрессирования (A15.0).

Медицинское свидетельство о смерти

а) анафилактический шок на введение тубазида (Т88.6);

б) неблагоприятная реакция при терапевтическом применении антимикобактериального препарата (Y41.1).

в) –

II. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (A15.0).

Комбинированное основное заболевание:

Основное заболевание: Анафилактический шок на внутривенное введение верографина при реноуропиелографии: жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов, острое неравномерное полнокровие внутренних органов, мелкоочечные кровоизлияния в слизистые оболочки гортани, трахеи, бронхов, желудочно-кишечного тракта, в серозные оболочки сердца и легких, респираторный дистресс-синдром, «шоковые» почки (T88.6, дополнительный код Y57.5).

Фоновое заболевание: Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии; выраженный перибронхиальный и сетчатый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких; легочное сердце: эксцентрическая гипертрофия миокарда преимущественно правого желудочка (масса сердца 370 г, толщина стенки левого желудочка 1.7 см, правого – 1.0 см, ЖИ 1,0); спайки в плевральных полостях (J44.8).

Осложнения основного заболевания: вторичный амилоидоз с преимущественным поражением почек, печени, селезенки; хроническая почечная недостаточность (биохимия крови – ..., клинически, дата).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) анафилактический шок на внутривенное введение верографина при реноуропиелографии (T88.6);

б) неблагоприятная реакция на рентгеноконтрастный препарат (Y57.5).

в) –

II. Хронический обструктивный бронхит, стадия ремиссии (J44.8).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: отравление (передозировка) сердечными гликозидами – препарат, дата, длительность применения, дозы (T46.6, дополнительный код X44).

Фоновое заболевание: крупноочаговый кардиосклероз (локализация рубца, его размеры); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2.0 см, правого – 0.4 см); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, процент стеноза) (I25.2).

Осложнения основного заболевания: гипокалиемия, фибрилляция желудочков; хроническое общее венозное полнокровие; асцит, анасарка; отек легких.

Сопутствующие заболевания: хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) фибрилляция желудочков сердца (I46.1);

б) гипокалиемия;

в) отравление (случайная передозировка) сердечными гликозидами (T46.6/X44);

II. Крупноочаговый кардиосклероз (I25.2).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: массивный двусторонний лучевой фиброз легких в результате послеоперационной лучевой терапии (число курсов, дозы, дата) по поводу рака правого нижнедолевого бронха (J70.1, дополнительный код Y88.2).

2. Фоновое заболевание: узловато-разветвленный рак правого нижнедолевого бронха (мелкоклеточный рак, биопсия №, дата) (T3N0M0); операция правосторонней нижней лобэктомии (дата) (C34.3).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие; отек легких и головного мозга.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) острая легочно-сердечная недостаточность;

б) лучевой фиброз легких в результате лучевой терапии рака легкого (J70.1);

в) –

II. Рак правого нижнедолевого бронха (T3N0M0); операция лобэктомии, дата (C34.3).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: воздушная эмболия, развившаяся при пункции яремной вены с целью проведения инфузионной терапии (T80.0, дополнительный код Y65.8).

2. Фоновое заболевание: крупноочаговый кардиосклероз (локализация рубца, его размеры). Эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г; толщина стенки левого желудочка 2.0 см, правого – 0.4 см); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, процент стеноза) (I25.2).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие.

Сопутствующие заболевание: атеросклероз аорты (степень, стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) воздушная эмболия, развившаяся при пункции яремной вены с целью проведения инфузионной терапии (Т80.0);

б) –

в) –

II. Крупноочаговый кардиосклероз (I25.2).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: раннее расхождение швов гастроэнтероанастомоза через 2 сут после операции резекции желудка по поводу язвенной болезни (характер операции, дата) (Т81.4, дополнительный код Y65.2).

2. Фоновое заболевание: язвенная болезнь желудка: хроническая язва (диаметр) в области малой кривизны желудка с кровотечением (K25.4).

Осложнения основного заболевания: разлитой гнойный перитонит.

Сопутствующие заболевания: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза); гипертоническая болезнь (полная характеристика).

Из клинико-анатомического эпикриза: выявлены технические дефекты наложения швов гастроэнтероанастомоза (решение клинико-экспертной комиссии).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) разлитой гнойный перитонит;

б) раннее расхождение швов гастроэнтероанастомоза (Т81.4);

в) дефект наложения швов во время хирургической операции (Y65.2).

II. Язвенная болезнь желудка с кровотечением (K25.4).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: левосторонний гемоторакс (2 л), массивное геморрагическое пропитывание мягких тканей шеи, левой подключичной области, переднего средостения (около 1 л) вследствие повреждения стенок подключичных вены и артерии, ране-

ния левого купола плевры при попытке пункции и катетеризации левой подключичной вены (Т81.0, дополнительный код Y60.1).

2. Фоновое заболевание: Хронический алкоголизм (по данным истории болезни – консультация психиатра, дата) с полиорганными поражениями: алкогольная энцефалопатия, жировой гепатоз, хронический индуративный панкреатит (F10.2).

Осложнения основного заболевания: Геморрагический шок (стадия): жидкая кровь в полостях сердца и просвете сосудов; острая постгеморрагическая анемия (Hb крови – клинически, дата); острое общее малокровие.

Медицинское свидетельство о смерти

- а) геморрагический шок;
- б) ранение сосудов при пункции и катетеризации подключичной вены (Т81.0);
- в) случайная перфорация и кровотечение при проведении инфузии и трансфузии (Y60.1).

II. Хронический алкоголизм (F10.2).

Комбинированное основное заболевание:

1. Основное заболевание: гнойный тромбоз правой подключичной вены в результате пункции и катетеризации правой подключичной вены (дата) (Т80.2, дополнительный код Y62.1).

2. Фоновое заболевание: крупноочаговый кардиосклероз (локализация рубца, его размеры); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 390 г, толщина стенки левого желудочка 1.8 см, правого – 0.3 см); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза) (I25.2).

Осложнения основного заболевания: Сепсис, септикопиемия (бактериологическое исследование – дата): острый гнойный полипозно-язвенный эндокардит трехстворчатого клапана, множественные абсцессы легких, апостематозный нефрит, септическая селезенка (масса); синдром системного воспалительного ответа (показатели – ..., клинически, дата); синдром полиорганной недостаточности – показатели ..., клинически, дата); мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки; бурая индурация легких.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) септикопиемия;
- б) гнойный тромбоз в результате пункции и катетеризации подключичной вены (Т80.2);

в) недостаточная стерильность при проведении инфузии или трансфузии (Y62.1).

II. Крупноочаговый кардиосклероз (I25.2).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: красный обтурирующий тромб правой подключичной вены в результате пункции и катетеризации подключичной вены (дата) (T80.1, дополнительный код Y65.8).

Фоновое заболевание: остаточные явления после перенесенного ишемического инфаркта головного мозга; стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (степень, стадия, степень стеноза) (I69.3).

Осложнения основного заболевания: тромбоэмболия ствола основных и долевых ветвей легочной артерии.

Сопутствующие заболевания: диффузный мелкоочаговый кардиосклероз; стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) ТЭЛА;

б) флеботромбоз после пункции и катетеризации подключичной вены (T80.1/ Y65.8);

в) –

II. Последствия перенесенного ишемического инфаркта головного мозга (I69.3).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: асфиксия во время общего наркоза вследствие неправильного положения эндотрахеальной трубки (характер дефекта расположения трубки, время наркоза) во время операции аппендэктомии (T88.4, дополнительный код Y65.3).

Фоновое заболевание: острый деструктивный аппендицит (гистологический диагноз, биопсия №, дата) (K53).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие, жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов, точечные кровоизлияния в плевру и перикард.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) асфиксия вследствие неправильного положения эндотрахеальной трубки при общем наркозе (T88.4/Y65.3);

б) –

в) –

II. Острый деструктивный аппендицит (K53).

Комбинированное основное заболевание

Основное заболевание: перфорация стенки двенадцатиперстной кишки во время эндоскопической папиллосфинктеротомии (дата) (T 81.2, дополнительный код Y60.0).

Фоновое заболевание: желчнокаменная болезнь; рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка (K80).

Осложнения основного заболевания: разлитой гнойный перитонит.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) разлитой гнойный перитонит;

б) перфорация стенки кишки во время эндоскопической папиллосфинктеротомии (T81.2/Y60.0);

в) –

II. Желчнокаменная болезнь (K80).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: неблагоприятная реакция (остановка сердца) на применение фторотана в ходе наркоза во время артроскопии левого коленного сустава (T88.5, дополнительный код Y48.0).

2. Фоновое заболевание: посттравматический левосторонний гнойный гонит (дата и характер травмы) (M17.3).

Реанимационные мероприятия: торакотомия с резекцией V ребра слева и вскрытием перикарда; левосторонний гемоторакс (объем крови); гемоперикард (объем крови); массивные кровоизлияния в мышцу обоих желудочков сердца; отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: врожденный порок развития костной системы (аплазия I и II фаланг II пальца левой кисти и IV пальца правой стопы).

Из клинико-анатомического эпикриза: смерть во время наркоза с применением фторотана (остановка сердца), дефектов проведения наркоза не выявлено; отмечены также осложнения реанимационных мероприятий (решение клинико-экспертной комиссии).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) остановка сердца в ходе наркоза с применением фторотана (T88.5).

б) неблагоприятная реакция на ингаляционные анестезирующие средства (Y48.0).

в) –

II. Посттравматический гонит (M17.3).
Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: постинъекционный абсцесс (этиология) левой ягодичной области (инъекция витаминов медицинской сестрой поликлиники № ... на догоспитальном этапе, дата) (T80.2, дополнительный код Y62.3).

2. Фоновое заболевание: хронический калькулезный холецистит (гистологический диагноз) (K80).

Осложнения основного заболевания: сепсис, септический шок (этиология): синдром системного воспалительного ответа (показатели – ..., клинически, дата); гиперплазия селезенки (масса) и лимфатических узлов; синдром полиорганной недостаточности (показатели – ..., клинически, дата).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) сепсис, септический шок;

б) постинъекционный абсцесс (T80.2);

в) недостаточная стерильность при проведении инъекции (Y62.3).

II. Хронический калькулезный холецистит (K80).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: интраоперационное кровотечение из поврежденных сосудов почечной ножки в ходе операции пиелолитотомии, нефрэктомии (T81.2, дополнительный код Y60.0).

2. Фоновое заболевание: мочекаменная болезнь (характеристика) (N20.9).

Осложнения основного заболевания: геморрагический шок (стадия): острое общее малокровие, жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов, точечные кровоизлияния в плевру и перикард; «шоковые» почки.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) геморрагический шок;

б) интраоперационное повреждение почечных сосудов (T81.2/Y60.0);

в) –

II. Мочекаменная болезнь (N20.9).

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: выраженный геморрагический синдром (включая субарахноидальное кровоизлияние – локализация,

объем) вследствие массивной антикоагулянтной терапии (название препаратов, дозы, даты) (Т45.5, дополнительный код Х44).

2. Фоновое заболевание: острый трансмуральный инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (дата, размер очага некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза) (121.2).

Осложнения основного заболевания: отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Из клинико-анатомического эпикриза: антикоагулянтная терапия проводилась с нарушениями стандарта (случайная передозировка, решение клинико-экспертной комиссии).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) отек головного мозга с дислокацией его ствола;

б) субарахноидальное кровоизлияние вследствие массивной антикоагулянтной терапии (Т45.5/Х44);

в) —

II. Острый инфаркт миокарда задней стенки и межжелудочковой перегородки (121.2).

Основное заболевание. Массивный кислотно-аспирационный пневмонит (синдром Мендельсона) во время вводного наркоза с целью оперативного родоразрешения (кесарева сечения) при беременности 38 недель: тотальный некроз эпителия трахеи и главных бронхов. Операция: кесарево сечение (дата) (029.0, дополнительный код Y65.8).

Осложнения основного заболевания: выраженный отек легких распространенные обтурационные ателектазы, очаги острой эмфиземы. ДВС-синдром; диафрагзные кровоизлияния в серозные и слизистые оболочки.

Реанимационные мероприятия: ИВЛ 3 сут.

Из клинико-анатомического эпикриза: выявлены дефекты подготовки больной к плановой хирургической операции и проведения общего наркоза (решение клинико-экспертной комиссии).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) синдром Мендельсона во время вводного наркоза (J95.4/Y65.8);

б) —

в) —

II. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 38 недель. Послеродовый период 3 сут.

Основное заболевание: Линейные надрывы пищевода и острое вздутие желудка вследствие неудачной интубации: стояние эндотрахеальной трубки в пищеводе при наркозе перед оперативным родоразрешением путем кесарева сечения в сроке беременности 39 недель. Операция: кесарево сечение по поводу клинически узкого таза (дата) (074.7, дополнительный код Y65.3).

Осложнения основного заболевания: Постгипоксическая энцефалопатия: множественные мелкие очаги некроза в коре и подкорковых ядрах больших полушарий головного мозга. Отек легких, обширные ателектазы, петехиальные кровоизлияния в перикарде.

Реанимационные мероприятия: ИВЛ 2 сут.

Патология плода: интранатальная гибель плода.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) постгипоксическая энцефалопатия;
- б) линейные надрывы пищевода и острое вздутие желудка вследствие неудачной интубации при наркозе;
- в) неправильное положение эндотрахеальной трубки при даче наркоза (Y65.3).

II. Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в сроки беременности 39 недель. Послеродовый период 2 сут.

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: несовместимость перелитой иногруппной крови на 2-е сутки после самопроизвольных родов на 39-й неделе беременности (O80.9/Y65.0).

2. Фоновое заболевание: анемия беременных II степени.

Осложнения основного заболевания: посттрансфузионный шок, анурия; острая почечная недостаточность; некротический нефроз.

Медицинское свидетельство о смерти

- I. а) посттрансфузионный шок;
- б) несовместимость перелитой иногруппной крови (Y65.0);
- в) —

II. Анемия беременных II степени. Самопроизвольные своевременные роды. Послеродовый период 36 ч (O80.9).

Основное заболевание: крупноочаговый кардиосклероз (локализация рубца, его размеры); эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 2.0

см, правого – 0,4 см); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза) (I25.2).

Осложнения основного заболевания: сложные нарушения ритма и проводимости (характеристика – клинически); хроническое общее венозное полнокровие; мускатный фиброз печени, асцит, анасарка; отек легких.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ИВЛ (дата), пункция и катетеризация правой подключичной вены (дата); сквозное повреждение стенок правых подключичных артерий и вены катетером; массивная гематома окружающих мягких тканей, прорыв правого купола плевры, внутриплевральное кровотечение (1 л); пункция правой плевральной полости с активной аспирацией крови (объем крови, дата).

Сопутствующие заболевания: атеросклеротическая деменция (характеристика – клинически); стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (степень, стадия, степень стеноза) (F01.0).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;

б) крупноочаговый кардиосклероз (I25.2);

в) –

II. Атеросклеротическая деменция (F01.0).

Основное заболевание: отравление этиловым спиртом (этанол крови – клинически) (T51.0, дополнительный код X45).

Осложнения основного заболевания: отек головного мозга.

Реанимационные мероприятия: пункция и катетеризация подключичных вен, массивная инфузионная терапия; повреждение стенки подключичных вен и артерии слева с геморрагическим пропитыванием окружающих мягких тканей (объем крови), ранение купола плевры слева, жидкая кровь и сгустки крови в левой плевральной полости (объем крови); острое общее малокровие.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) отравление этанолом (T51.0);

б) случайное отравление этанолом (X45).

в) –

II. –

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание: Повторный крупноочаговый инфаркт миокарда (дата): трансмуральный очаг некроза (размеры) в области задней и боковой стенок, крупноочаговый кардиосклероз (размеры) в области боковой стенки левого желудочка. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза) (122.8).

2. Фоновое заболевание. Гипертоническая болезнь: эксцентрическая гипертрофия миокарда (масса сердца 450 г; толщина стенки левого желудочка 2.0 см, правого – 0.4 см); атероартериолосклеротический нефросклероз (111.0).

Осложнения основного заболевания: мускатная печень; цианотическая индурация почек и селезенки; бурая индурация легких; острое общее венозное полнокровие; отек легких и головного мозга.

Реанимационные мероприятия: пункция и катетеризация правой подключичной вены (дата); сепсис, септический шок (бактериологическое исследование – дата); гнойный тромбоз правой подключичной вены, синдром системного воспалительного ответа (показатели – ..., клинически, дата); гиперплазия селезенки (масса) и лимфатических узлов; синдром полиорганной недостаточности (показатели – ..., клинически, дата); выраженная жировая дистрофия печени и миокарда.

Сопутствующие заболевания. Последствия перенесенного геморрагического инсульта: бурая киста (диаметр) в подкорковых ядрах левого полушария головного мозга; стенозирующий атеросклероз артерий основания головного мозга (степень, стадия, степень стеноза). Атеросклероз аорты (степень, стадия).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) острая сердечно-сосудистая недостаточность;
б) повторный крупноочаговый инфаркт миокарда задней и боковой стенок левого желудочка (122.8);

в) –

II. Гипертоническая болезнь (111.0).

Основное заболевание: Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения; мелкоочаговая двусторонняя пневмония в VI–X сегментах (этиология); диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких; легочное сердце: эксцентрическая гипертрофия миокарда преимущественно право-

го желудочка (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 1.8 см, правого желудочка – 1.0 см, ЖИ 1.0). Q44.0).

Осложнения основного заболевания: хроническое общее венозное полнокровие.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Трахеостомия (дата), длительная ИВЛ (число суток); пролежень стенки трахеи, гнойный трахеобронхит; гнойный медиастинит; сепсис; септический шок (бактериологическое исследование крови, ткани средостения – дата); системный воспалительный ответ (показатели – ..., клинически, дата); гиперплазия селезенки (масса) и лимфатических узлов; синдром полиорганной недостаточности (показатели – ..., клинически, дата); выраженная жировая дистрофия печени и миокарда.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) хроническая сердечно-легочная недостаточность;
б) хронический обструктивный бронхит в стадии обострения с очаговой пневмонией (J44.0).

в) –

II. –

Комбинированное основное заболевание

1. Основное заболевание. Хронический обструктивный гнойный бронхит в стадии обострения; двусторонняя тотальная очагово-сливная пневмония (этиология); диффузный пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких; легочное сердце: эксцентрическая гипертрофия миокарда преимущественно правого желудочка (масса сердца 450 г, толщина стенки левого желудочка 1.8 см, правого желудочка – 1.0 см, ЖИ 1.0). Q 44.0).

2. Фоновое заболевание: сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, декомпенсированный (глюкоза крови – ..., клинически, дата); атрофия, склероз и липомагроз поджелудочной железы; диабетическая макро- и микроангиопатия; диабетический нефросклероз (E11.7).

Осложнения основного заболевания: мускатная печень, цианотическая индурация почек и селезенки.

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия: ранение стенки яремной вены и купола плевры справа при попытке катетеризации яремной вены; пневмо-гемоторакс справа, геморрагическое пропитывание мягких тканей шеи справа; коллапс правого легкого; острое общее венозное полнокровие.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) острая сердечно-легочная недостаточность;

б) хронический обструктивный гнойный бронхит, стадия обострения, с бронхопневмонией (J44.0);

в) –

II. Сахарный диабет 2 типа (E11.7).

Основное заболевание: системная красная волчанка, длительно леченая глюкокортикостероидами (название препаратов, дозы, даты) (M32.1).

Осложнения основного заболевания: лекарственный синдром Кушинга; атрофия коры надпочечников (масса); острая недостаточность надпочечников; очаговая пневмония (локализация, этиология).

Медицинское свидетельство о смерти

а) острая недостаточность надпочечников;

б) лекарственный синдром Кушинга;

в) системная красная волчанка, леченая глюкокортикостероидами (M32.1);

II. –

Основное заболевание: ревматоидный артрит (полная характеристика), леченый цитостатиками и глюкокортикостероидами (названия препаратов, дозы, даты) (M05.3).

Осложнения основного заболевания: лекарственный агранулоцитоз (анализ крови – ..., клинически, дата); двусторонняя очагово-сливная пневмония (локализация, этиология).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) двусторонняя очагово-сливная пневмония;

б) лекарственный агранулоцитоз;

в) ревматоидный артрит, леченый цитостатиками и глюкокортикостероидами (M05.3);

II. –

Основное заболевание: острый трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (дата, размеры очага некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза) (I21.2).

Осложнения основного заболевания: выраженный геморрагический синдром (включая субарахноидальное кровоизлияние – локализация, объем) вследствие массивной антикоагулянтной тера-

нии (препараты, доза, дата); отек головного мозга с дислокацией его ствола.

Из клинико-анатомического эпикриза: антикоагулянтная терапия проводилась в соответствии со стандартом (решение клинико-экспертной комиссии).

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) отек головного мозга с дислокацией его ствола;

б) геморрагический синдром, субарахноидальное кровоизлияние;

в) острый инфаркт миокарда задней стенки и межжелудочковой перегородки (I21.2);

II. –

Основное заболевание: острый трансмуральный инфаркт миокарда в области задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (дата, размеры очага некроза); стенозирующий атеросклероз коронарных артерий сердца (степень, стадия, степень стеноза) (I21.2).

Осложнения основного заболевания: острое общее венозное полнокровие.

Реанимационные мероприятия: катетеризация подключичной правой вены; красный пристеночный тромб правой подключичной и верхней полой вен; тромбоэмболия сегментарных ветвей левой легочной артерии.

Медицинское свидетельство о смерти

I. а) острая сердечно-сосудистая недостаточность;

б) острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки (I21.2);

в) –

II. –

Высокое профессиональное мастерство врача в значительной мере служит фактором предупреждающим формирование ятрогений у курируемых больных, однако не исключают их развития, это связано с тем, что постоянно приходится принимать рискованные решения, от которых зависит состояние здоровья или жизнь больных, с одной стороны, и врачебная честь, совесть и ответственность перед законом – с другой. Ему необходимо уметь соблюдать принцип хорошо рассчитанного риска в диагностике и лечении. В целом это наиболее трудная ситуация деантологического поряд-

ка, к участию принимаемого решения, должны, очень осторожно, привлечены сам больной и его близкие, как в отношении хирургического вмешательства, так и нагрузочной терапии. При этом всегда нужно помнить слова В.Н.Виноградова: «Лекарство не должно быть горше болезни», иными словами, прежде чем прописать больному лекарство, следует подумать не только о его пользе, но и о возможном вреде. Достаточно назвать стероидную терапию, так необдуманно в иной раз назначаемую больным, особенно детям в пубертатном периоде, чтобы стало ясно, как можно им навредить.

Развитие у больного ятрогенной патологии, а тем более неблагоприятный её исход, тяжёлым моральным грузом ложится на плечи лечащего врача, который своими действиями невольно нарушил общеврачебный принцип – «Не вреди». Приведенные выше примеры свидетельствуют, что в подавляющем большинстве случаев развитие ятрогенных осложнений является результатом либо несчастных случаев – случайным внесением вреда больному в ходе диагностических или лечебных манипуляций, либо следствием аномальной реакции организма на правильно назначенные лекарственные препараты. Несчастные случаи связаны со случайными обстоятельствами, которые врач не мог предвидеть и предотвратить. Реже в основе ятрогенных заболеваний лежит диагностическая или лечебно-тактическая ошибка. Основной причиной врачебной ошибки является вытекающее из определённых условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и её методов исследования, на особом течение заболеваний у определённого больного или недостатки знаний, опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества. В последнем случае речь идёт не только о моральной ответственности, административном наказании врача, но и наказании его в уголовном порядке за упущения и профессиональное преступление. Поэтому для предупреждения правонарушений медицинских работников, равно как и попыток неправильного обвинения врача, каждый случай неверной диагностики лечения, неблагоприятного исхода ятрогенной патологии должен стать предметом глубокого анализа и обсуждения во врачебном коллективе. В связи с изложенным выше, не допускается отмена вскрытия трупов в случае смерти в лечебно-профилактическом учреждении после диагностических,

инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий (во время или после операции переливания крови, передозировке, реакции индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и т.д.) – приказ Министра здравоохранения РУз N574 от 04.11.1992 г.

Глава 10.

КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ, ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНЫЕ КОМИССИИ И ИХ РОЛЬ В УЛУЧШЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

С целью повышения квалификации врачей и выявления причин и источников ошибок, проверки методов и содержания лечебно-диагностической работы врача, проведения контроля за внедрением и использованием новых методов исследований в лечебно-профилактических учреждениях организуются клиничко-патологоанатомические конференции (КПАК) и лечебно-контрольные комиссии (ЛКК).

Уолтер Кэннон и Ричард Кабот стали проводить клиничко-патологические конференции (СРС) в Гарвардской медицинской школе в начале XX века, но такой подход к анатомо-клинической корреляции был впервые введен Джованни Баттиста Морганьи в университете Падуи в XVIII веке. КПАК состоит из презентации клинического случая, в котором прошлая и недавняя история болезни пациента, со всей соответствующей информацией о лабораторных тестах, включая результаты биопсии, терапии и, в конечном счете, обсуждаются роковой случай и вскрытие. Это делается для аудитории слушателей и всех врачей, участвовавших в обследовании и лечении пациента. КПАК до сих пор используется во многих академических больницах, в качестве учебного пособия не только для студентов и аспирантов медицинских учебных заведений, но также и для последиplomного непрерывного медицинского образования, несмотря на постепенно снижающиеся вскрытия. Смерть пациента представляет собой идеальный повод для плодотворной дискуссии между двумя составляющими медицины, то есть клинической, с ее акцентом на пациента, и патологическим, с его акцен-

том на понимание болезни. В настоящее время порядок организации и проведения КПАК и ЛКК определены приказом Министерства здравоохранения РУз №574 от 04.11.1992 г. В соответствии с этим приказом основными задачами клиничко-патологоанатомических конференций являются:

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

б) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков организационного характера, своевременности госпитализации, выявления недостатков в работе вспомогательных служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и т.д.).

2. На клиничко-патологоанатомической конференции обсуждаются:

а) все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

б) все наблюдения представляющие научно-практический интерес;

в) редкие наблюдения и необычно протекающие заболевания;

г) случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;

д) случаи смерти больных, после хирургических, диагностических вмешательств, особенно тех больных, которые были госпитализированы по экстренным показаниям;

е) острые инфекционные заболевания;

ё) случаи запоздалой диагностики, трудные для диагностики заболевания, не ясные случаи, требующие совместного обсуждения.

На одной из конференций обсуждаются сообщения заведующего патологоанатомическим отделением, в том числе и детским, в котором должны быть представлены сводные данные о больничной летальности, анализ качества клинической диагностики и дефектов мед. помощи на всех этапах лечения больного за истекший год.

Клиничко-патологоанатомическая конференция должна установить категорию расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов (подробнее см. гл.7).

Только II и III категории расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов имеют непосредственное отношение к лечебному учреждению где умер больной. I категория расхождения диагнозов относится к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказали медицинскую помощь больному в более ранние сроки его заболевания и до госпитализации в лечебно-профилактическое учреждение, в котором больной умер. Обсуждение этой группы расхождений диагнозов должно быть либо перенесено в эти учреждения, либо врачевый персонал последних должен присутствовать на конференции в лечебном учреждении, где умер больной.

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

Клинико-патологоанатомические конференции проводятся по плану в рабочее время не реже одного раза в месяц. В крупных больницах, кроме общебольничных конференций, должны проводиться клинико-патологоанатомические конференции по группам соответствующих профильных отделений.

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

Подготовка клинико-патологоанатомической конференции осуществляется заместителем главного врача по мед. части и заведующим патологоанатомическим отделением.

Для проведения клинико-патологоанатомической конференции руководителем лечебного учреждения назначаются два сопредседателя (клиницист и зав. патологоанатомическим анатомическим отделением).

Для ведения протокола конференций назначают постоянного секретаря из состава врачебного коллектива.

Целесообразно не перегружать повестку конференции обсуждением более чем 2 наблюдений.

Подлежащие разбору случаи докладываются лечащими врачами, патологоанатомом, производившим вскрытие умершего, рецензентом анализировавшим по данным мед. карты стационарного больного (для роддомов история родов, история развития

новорожденного), качество обследования больного, ведение мед. документации, а затем обсуждаются участниками конференции, в том числе врачами других специальностей, принимавшими участие в диагностике заболеваний.

Руководство лечебно-профилактических учреждений на основании материалов, выводов и предложений клинико-патологоанатомических конференций разрабатывает и осуществляет мероприятия по предотвращению и ликвидации ошибок медицинской помощи больным.

Лечебно-контрольные комиссии (ЛКК) организуются во всех лечебно-профилактических учреждениях. Они являются совещательным органом при главном враче больницы, который возглавляет работу ЛКК.

В состав ЛКК входят главный врач больницы или его заместитель по лечебной работе, зав. отделениями, зав. ЦПАО или начальник патологоанатомического бюро. В лечебно-профилактических учреждениях, являющихся базой медицинских ВУЗов в состав комиссии должны входить зав.клиническими кафедрами, зав.кафедрой патологической анатомии.

К работе комиссии привлекаются квалифицированные специалисты вспомогательных подразделений больницы (рентгенолог, врач лаборант, врачи, лечившие больного). Заседание ЛКК следует проводить систематически раз в месяц.

В задачу ЛКК входит:

1. Компетентная и научная проверка методов и содержания лечебно-диагностической работы врача.
2. Систематический контроль за внедрением и широким использованием новейших и научно-обоснованных методов исследования.
3. Контроль за диагностической деятельностью больничных отделений и правильностью организации лечебного процесса.

Лечебно-контрольной комиссией обсуждаются и анализируются истории болезней умерших, а так же случаи, закончившиеся тяжёлыми осложнениями. При этом ЛКК выявляет все ошибки, недочёты, допущенные при обследовании больного, при установлении диагноза при назначении и проведении лечения. В данном случае ЛКК разрабатывает мероприятия, направленные на недопущение выявленных недостатков.

Таким образом, ЛКК обязаны систематически контролировать степень полноты клинического, лабораторного, рентгенологического, функционального методов исследования, правильность и своевременность лечения больных, включая оперативные вмешательства. В задачу ЛКК входит так же выявление дефектов работы оперативного блока, аптеки, лаборатории, а так же различных вспомогательных кабинетов, проверка жалоб на лечение и уход за больными, контроль за лечебным питанием, за правильностью и своевременностью консультаций.

Следовательно, лечебно-контрольные комиссии призваны путём анализа деятельности врачей и их ошибок, путём проведения мероприятий по устранению недостатков в лечебно-диагностическом процессе отделений способствовать повышению квалификации врачей, а так же повышению уровня лечебно-диагностической работы лечебных учреждений.

Рекомендуемая литература

1. Абдуллаходжаева М.С. Принципы организации патологоанатомической службы. –Ташкент: Медицина, 1986. –200 с.
2. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза: Учебное пособие. –М.: Медицина, 2004. –304 с.
3. Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Окончательный диагноз. –М.: Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2009. –576 с.
4. Даминов Т.А., Магрупов Б.А. Первый Ташкентский государственный медицинский институт в годы независимости. –Ташкент: Шарк, 2003. –144 с.
5. Джурасев А.Д. Ташкентский медицинский институт (1919–1964). –Ташкент, 1964.
6. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10 (Методические рекомендации). –М., 2001.
7. Зайратьянц О.В., Полянко Н.И. Формулировка диагноза при ятрогенных патологических процессах (проект предварительного стандарта). –М., 2005. –68 с.
8. Калитеевский П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. –М.: Медицина, 1987. –400 с.
9. Махмудов М.М., Умурзаков Б.Х. Здравоохранение Узбекистана. –Ташкент, 1991.
10. Медведев И.И. Основы патологоанатомической техники. –М., 1969. –282 с.
11. Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Никонов Е.Л. Правила формулировки диагноза. Часть 1. Общие положения / Росздравнадзор; ММА им. И.М.Сеченова; МГМСУ; НИИ морфологии человека РАМН. –М., 2006.
12. Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Воробьев С.Л., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Коваленко В.Л., Ковальский Г.Б., Мишнев

О.Д., Никонов Е.Л., Полянко Н.И., Рыбакова М.Г. Правила формулировки диагноза. Часть 2. Ятрогении (патология диагностики и лечения) / Росздравнадзор; ММА им. И.М.Сеченова; МГМСУ; НИИ морфологии человека РАМН. – М., 2006.

13. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Пауков В.С., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Горбач В.В., Никонов Е.Л., Пагрушева В.Б., Полянко Н.И. Правила формулировки диагноза. Часть 3. Алкогольная болезнь (алкоголизм, острая и хроническая алкогольная интоксикация, алкогольные поражения органов) / Росздравнадзор; ММА им. И.М.Сеченова; МГМСУ; НИИ Морфологии человека РАМН. – М., 2006.

14. Секционнно-биопсийный курс (Методические рекомендации) / Магруппов Б.А., Ворожейкин В.М., Хорошаев В.А., Артыков Д.Д., Журавлева Э.И. –Ташкент, 1998. –100 с.

15. Толчичева О.И. и др. Биопсия эндометрия. –М., 1979.

16. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов / О.В.Зайратьянц, Л.В.Кактурский, Г.Г.Авгандилов. –М., 2003.

17. Guy N. Ratty. Essentials of Autopsy Practice. –Springer, 2008. –190 p.

18. Frederic P. Miller, Agnes F. Vandome, John McBrewster. Alien autopsy. –2010. –108 p.

19. Scott A. Wagner. Color Atlas of the Autopsy. –CRC Press, 2005.

20. Zampieri F., Rizzo S., Thiene G., Basso C. The clinico-pathological conference, based upon Giovanni Battista Morgagni's legacy, remains of fundamental importance even in the era of the vanishing autopsy // Virchows Arch., 2015. –V.467, 4.

САЙТ:

1. www.patology.com.uz.

Приложения

№1.
Документы ПАС

Формат А-4

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БТУТ бўйича муассаса коди _____
ЎзР ССВ 26.06.2006. №287
буйруғи билан тасдиқланган

Муассасанинг номи
013-рақамли тиббий ҳужжат шакли

№ _____ ПАТОЛОГО-АНАТОМИК ТАДҚИҚОТ БАЁНИ
20 _____ йил « _____ » _____

- Баёни тузган муассаса манзилгоҳи _____
Республика (вилоят, ўлка) _____ туман (шаҳар)
Шифохона _____ бўлим _____ Кассалик тарихи № _____
1. Фамилия, исм-шарифи _____
2. Э/А _____ 3. Ёши _____
4. Яшаш жойи _____
5. Касби (нафақа олгунига қадар) _____
6. Кассалик боилангандан _____ соат (кун) кейин шифохонага ётқизилган.
7. Шифохонада _____ ўрин/кун ўтказди. 8. Вафот этган вақти _____
йил, кун, ой, соат
9. Ёриб кўрилган вақти _____ 10. Даволовчи шифокор _____
йил, кун, ой, соат
11. Ёриб кўришда иштирок этганлар _____
12. Беморни йўллаган муассаса _____ Хос рақамлар: _____
кўйган диагнози _____
13. Шифохона кабулхонасида қўйилган диагноз _____
14. Шифохона шароитида аниқланган диагноз ва унинг вақти: _____
15. Якуний диагноз ва қўйилган вақти (асосий, асосий касалликнинг асорати, йўлдош касалликлар) _____
16. Клиник-лаборатория текшириш натижалари _____

17. Патолого-анатомик диагноз (асосий, асоратлар, йўлдош касалликлар): _____

18. Диагностикада йўл кўйилган хатолар (тагига чизилсин, ёзиб кўйилсин)

Асосий касаллик диагнози бўйича
 фарқ _____
 асоратлари бўйича _____
 йўлдош касалликлар бўйича _____

Асосий касалликнинг
 кеч кўйилган диагнози _____
 ўлимга олиб келган асорат _____

Диагнослардаги фарқнинг сабаблари

Диагностика-нинг объектив кийинчиликлари	Шифохонада қисқа муддат бўлиш	Беморни тўла текширилмаганлик	Текшириш натижалаларига ортиқча баҳо берилганлик	Кам учрайдиган касаллик	Нотўғри (кўйилган) диагноз

19. Ўлим сабаблари (ўлим ҳақида шифокорлик гувоҳномаси № _____ да куйидагича ёзилган)

Хос рақамлар:

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

20. Патолого-анатомик эликриз.

Иловаси _____ бет
 Патологоанатом фамилияси _____
 имзо _____
 Бўлим мудари _____
 имзо _____

Қора қоғоз орқали 3 нускада тўлдирилади (биринчиси – баён, иккинчиси – беморнинг касаллик тарихига тикиб кўйилади, учинчиси – секцион карта).

013-рақамли тиббий ҳужжат
шаклининг давоми

20 _____ йил» _____
№ _____ патолого-анатомик тадқиқот баёнининг давоми

ПАТОЛОГО-АНАТОМИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Тана _____ Аъзолар оғирлиги _____
Бўйи _____ вазни _____ Мия _____ Юрак _____ Ушқа _____ Жигар _____ Талок _____ Буйрақлар _____
чап/ўнг _____

Патолого-гистологик тадқиқот учун бўлақчалар олинди _____

Блоклар тайёрланди _____

Бошқа текшириш усуллариға материал олинди: _____

Баён матни _____

I нусхада тўлдирилади. Схема ва суратлар илова қилинади.

Патолого-гистологик тадқиқот № _____ Тушган куни ва соати _____

Биопсия диагнози _____ Зудлик билан олинган биопсия _____

Операцион материал _____ Бўлақчалар сони _____

Блоклар сони _____ Бўяш усули _____

Макро- ва микроскопия тасвири _____

Патолого-гистологик диагноз _____

Хос рақам _____

Тадқиқот вақти 20 ____ йил « ____ » _____

Патологоанатом фамилияси _____

имзо

Лаборант фамилияси _____

имзо

«Қора коғоз орқали 2 нусхада тўлдирилади»

Муҳим маълумотларни ёзиб, тагига чизиб чиқилсин.

Формат А-4
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

014-рақамли тиббий ҳужжат шакли
БГУТ бўйича муассаса коди _____
ЎзР ССВ 26.06.2006. №287
буйруқ билан тасдиқланган

Муассасаниң номи _____

ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИК ТАДҚИКОТ УЧУН ЙЎЛЛАНМА

20 ____ йил» ____ соат _____
берилган сана ва вақти
Бўлим _____ Шифохонадаги беморнинг тиббий картаси Амб. карта № _____

1. Беморнинг фамилияси, исми-шарифи _____
2. Жинси Э/А; 3. Ёши _____; 4. Биопсия бирламчи, иккиламчи (тагига чизинг)
5. Биопсия қайта олинган бўлса, биринчи № ва санаси кўрсатилсин _____
6. Операция тури ва санаси _____
7. Материал маркировкаси, объектлар сони _____

8. Клиник маълумотлар _____
(касаликнинг кечини, ўтказилган даво чоралари, ўсмаларда –аник

жойлашини, ўсиш тезлиги, ўлчамлари, консистенцияси, агроф тўқималарга алоқаси, метастазлар, бошқа ўсма тугунлар мавжудлиги, махсус даво чоралари; лимфа тугунларини текширишда қон таҳлили кўрсатилсин; эндометрий, кўкрак безлари қирмалари-охирги меъёردаги хайз бошланган ва тамом бўлган сана, хайз бузилишининг тавсифи, қон кетиш санаси)

Клиник тапхис _____

Даволовчи шифокор _____

Имзо _____

Қора қоғоз орқали икки нусхала тўлдирилади.

Патологоанатомик тадқиқот № _____ Қабул қилинган вақти ва санаси _____
 Диагностик биопсия _____ Тезкор биопсия _____
 Операция материалли _____
 Бўлақлар сони _____ Блоклар _____ Бўяш усули-
 да _____
 Макро ва микроскопик ёзув _____

Патолого-гистологик хулоса (ташхис) _____

Код _____

Тадқиқот санаси « _____ » _____ 20 _____ й.

Патологоанатом ФИШ _____
 (имзо)

Лаборант ФИШ _____
 (имзо)

*Икки нусхада тўлдирилади.
 Заруралиги ёзилиб тагига чизилсин.

Формат: А-4

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БТУТ бўйича муассаса

коди

ЎЗР ССВ 26.06.2006. №287

буйруғи билан тасдиқланган

013-1 рақамли тиббий хужжат шакли

Муассаса номи _____

Аҳоли яшайдиган жой _____

Туман _____

Вилоят _____

ПАТОЛОГОАНАТОМИК ТЕКШИРИШ УЧУН ЁРИЛГАН МУРДАЛАРНИ ҚАЙД ҚИЛИШ
Ж У Р Н А Л И

(Хар бар патологик анатомия бўлимида очилгали)

20 _____ й « _____ » _____ да № _____ баёндан бошланди
20 _____ й « _____ » _____ да № _____ баён билан тугалланди

Катор тартиб №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Фамилияси, номи отасининг исми			Жанси	Ёли	Мазкур касалхона ёки мурдани юборган касалхона болимининг номи	Касаллик тарихи	Улган куни на соати	Касал хонда неча кун ётган	Мурда ёрилган куни ва соати	Баён журналининг мурдани ёриш № баёни	Асосий таъхис	Патологоанатомик диагноз	Якуний клиник диагноз	Касаллик тарихи қайтарилган кун ва уни олган кишининг фамилияси	Мурдани ёрган шифокор фамилияси	Эслатма

Формаг А-4
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БТУТ бўйича муассаса

коди

ЎзР ССВ 26.06.2006. №287

бўйруғи билан тасдиқланган

014-1 рақамли тиббий хужжат шакли

Муассаса номи

СЕКЦИОН МАТЕРИАЛ ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИК ТЕКШИРИШЛАРНИ ҚАЙД ҚИЛИШ
Ж У Р Н А Л И

« » 20 й да бошланди

« » 20 й да тугалланди

№№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Эслатма													
Текшириш жавоби олинди, деб қўйилган имзо													
Жавоб берилган ёки юборилган кун													
Текшириш ўтказган шифокор фамилияси													
Текшириш жавоби олинган кун													
Текшириш натижалари													
Материалнинг табиати патологоанатомик диагноз													
Мурдани ёрилг баён №													
Материални юборган касалхона номи													
Секцион материал келган кун													
Мурда ёрилган кун													
Ўлгanning фамилияси, исми, отасининг исми, жинси, ёши,													

Формат А-4
ЎЗБЕКИСТОН RESPУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БТУТ бийичи муассаса
КОДИ

ЎзР ССВ 26.06.2006. №287
бўйруғи билан тасдиқланган
014-2 рақамли тиббий хужжат шакли

Муассаса номи _____

Аҳоли япайдиган жой _____
Туман _____ Вилоят _____
Шаҳар _____ Республика _____

БИОПСИЯ ВА ОПЕРАЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ ЮЗАСИДАН ТЕКШИРИШЛАРНИ КАЙД ҚИЛИШ
Ж У Р Н А Л И

20 й « _____ » _____ да бошланди № _____
20 й « _____ » _____ да тугалланди № _____

1	Тартиб рақами №			
2	Беморнинг фамилияси, исми			
3	Жипси			
4	Ёши			
5	Материални текширувга олинган сана (кун, ой, соат)	5		
6	Материални йўллаган мазкур касалхона бўлими ёки шифохонанинг номи	6		
7	Касаллик тарихининг №	7		
8	Материал тавсифи (аъзо, тўқима номи, бўлақчалар сони) клиник диагноз	8		
9	Биопсия ва операция йўли билан олинган материал	9		
10	Текширув натижаси (макро ва микроскопик ўзгаришлари бор маълумот) ва патологоанатомик диагноз	10		
11	Текширув жавоби берилган сана	11		
12	Текширувни бажарган шифокор, лаборант фамилияси	12		
13	Жавоб берилган сана	13		
14	Жавоб олганлиги хақида тилхат	14		
15	Эслатма	15		

Формаг А-4
 Ўзбекистон Республикаси
 Соғлиқни сақлаш вазирлиги

БТУТ бўйича муассаса коди
 ЎЗР ССВ 26.06.2006. №287
 буйруғи билан тасдиқланган
 015-рақамли гиббий ҳужжат шакли

Муассаса номи _____

**МУРДАЛАРНИНГ КЕЛИБ ТУШИШИ ВА ОЛИБ КЕТИЛИШINI
 ҚАЙД ЭТИШ ЖУРНАЛИ**

20 __ йил__ » _____ да бошланди _____ да тугалланди.

Топкенг шаҳри

Тартиб №	Мурда келтирилган сана	Вафот этганининг фамилияси, исми, шарифи	Қасрдан мурда келтирилди, бўлди ёки бошқа жойдан	Қасаллик тарихи №	Мурда дафи қилинадиган мазорнинг номи	Мурда бериб юборилган ёки қасалхона дафи қилган сана	Қимнинг кўрсатмасыга мувофиқ мурда ёриб кўрилмасдан бериб юборилган	Мурдани дафи этиш учун бериб юборилган қариндони ёки қимсанинг тилхати ва паспорт №
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш муассасларида туғилганлик ҳақидаги тиббий маълумотнома, перинатал ўлим ва ўлим ҳақидаги тиббий гувоҳномаларни бериш тартиби тўғрисидаги Йўриқномага
2-ИЛОВА

Ўзбекистон Республикаси ССВ	ЎзР ССВ 2010 йил 27 февралдаги 56-сон буйруқ билан тасдиқланган 106-2/ҳ-сон шаклдаги тиббий ҳужжат
Муассаса номи	

ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМ ҲАҚИДАГИ ТИББИЙ ГУВОҲНОМАНИНГ КИРКИЛАДИГАН ҚИСМИ _____-сон

(яқуний, дастлабки, _____-сон дастлабкини ўрнига)

Берилган санаси « _____ » 20 ____ й.

(Сўлиққа ҳақиди муассасаси номи)

Ўлик туғилган – 1, ҳаётининг биринчи ҳафтасида ўлган – 2

1. Отанинг фамилияси, исми, ота исми: _____
2. Отанинг туғилган санаси: кун _____ ой _____ йил _____
3. Отанинг миллати _____ фуқаролиги _____
4. Отасининг оилавий аҳоли: никоҳда турди – 1, никоҳда турмайди – 2, бева – 3, ажрашган – 4
5. Ўлган (ўлик туғилган) бола отасининг доимий япаш жойи: Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____ туман (шаҳар) _____ шаҳарча (қишлоқ, овул) _____ кўча _____ уй _____ хонадон _____
6. Отасининг иш жойи (агар ишламаса, кимнинг қарамоғида эканлиги кўрсатилсин): _____
7. Мансаби ёки бажарадиган иши: _____
8. Отасининг маълумоти: олий – 1, тўлиқсиз олий – 2, ўрта махсус, касб-хунар – 3, умумий ўрта – 4, тўлиқсиз ўрта – 5, маълумотсиз – 6
9. Ўлган боланинг фамилияси, исми, ота исми: _____
10. Боланинг жинси: эркак – 1, аёл – 2, номаълум – 3
11. Туғилган (ўлик туғилиш) вақти: кун _____ ой _____ йил _____ соат _____ дақиқа _____
12. Ўлган вақти: кун _____ ой _____ йил _____ соат _____ дақиқа _____
13. Ўлим (ўлик туғилиш) содир бўлган жой (шифохона, уй, бошқа жой): Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____ туман (шаҳар) _____ шаҳарча (қишлоқ, овул) _____ кўча _____ уй _____ хонадон _____
14. Бола ҳомиладорлиқнинг тўлиқ _____ ҳафтасида туғилди.
15. Нечанчи ҳомиладорлик _____ туғруқ _____
16. Ҳисоб бўйича отанинг нечанчи боласи _____
17. Аввалги ҳомиладорликлардан: тирик туғилишлар сони – 1, ўлик туғилишлар – 2, ўз-ўзидан ҳомила тушини – 3, тиббий аборт – 4, шу жумладан тиббий кўрсатмалар билан – 5

18. Аввалги ҳомиладорликлардан охиригиси тугалланди: тирик туғилган бола билан – 1, ўлик туғилиш билан – 2, ўз-ўзидан ҳомила тушиши билан – 3, тиббий аборт билан – 4, шу жумладан тиббий кўрсатмага биноан – 5
19. Шифоқор (фельдшер, акушер)га қатновлар сони _____
20. Тугруқни қабул қилди: шифоқор – 1, акушер – 2, фельдшер – 3, бошқа шахс – 4,
21. Бола (ҳомила) туғилди: бир ҳомилаликдан – 1, эгизакнинг биринчиси – 2 эгизакнинг иккинчиси – 3, бошқа кўп ҳомилаликдан – 4
22. Бола (ҳомила) туғилди: етилган – 1, етилмаган – 2, ўтиб кетган – 3
23. Бола (ҳомила) туғилди: мацерацияланган – 1, асфиксияда – 2
24. Бола (ҳомила)нинг туғилгандаги вазни _____ грамм
25. Бола (ҳомила)нинг буйи _____ сантиметр
26. Тирик туғилганлик мезонлари: нафас – 1, юрак уриши – 2, киндик пульсацияси – 3, мускуллар ихтиёрий қисқаришлари – 4
27. Бола (ҳомила)нинг ўлими содир бўлди: тугруқ фаолияти бошлангунга қадар – 1, тугруқ даврида – 2, тугруқдан сўнг – 3, номъълум – 4
28. Бола (ҳомила)нинг ўлими юз берди: касалликдан – 1, бахтсиз ходисадан – 2, қотилликдан – 3, ўлим сабаби аниқланмаган – 4 (тагига чизилсин)
29. Апгар шкаласи бўйича баҳо 1 дақиқадан сўнг -0–3 балл, 4–6 балл, 7–10 балл, 5 дақиқадан сўнг -0–3 балл, 4–6 балл, 7–10 балл,
30. Перинатал ўлим сабаби:
- а) Бола (ҳомила)нинг ўлимига сабаб бўлган асосий касаллик ёки ҳолат (битта касаллик кўрсатилади) _____
- б) Бола (ҳомила)нинг бошқа касалликлари ёки ҳолати _____
- в) Бола (ҳомила)нинг ўлими сабабига олиб келган она (йўлдош)нинг асосий касаллиги ёки ҳолати _____
- г) Бола (ҳомила)нинг ўлими сабабига олиб келган она (йўлдош)нинг бошқа касалликлари ёки ҳолатлари _____
- Ўлим ҳақида гувоҳнома берган шифоқор (фельдшер, акушер) фамилияси, исми, ота исми _____

Туғилиш ҳақидаги далолатнома ёзуви: _____ - сон « _____ » _____ 20 _____ йил

Ўлим ҳақидаги далолатнома ёзуви: _____ - сон « _____ » _____ 20 _____ йил

ФХДБ бўлими номи _____

Сана « _____ » _____ 20 _____ й. ФХДБ органи мутахассиси имзоси _____

Ўзбекистон Республикаси ССВ	ЎзР ССВ 2010 йил 27 февралдаги 56-сон буйруқ билан тасдиқланган 106-2/х-сон шаклидаги тиббий ҳужжат
Муассаса номи	

ПЕРИНАТАЛ ЎЛИМ ҲАҚИДА ТИББИЙ ГУВОҲНОМА _____-сон
 (ФХДЁ органларида қайд этиш учун берилади)
 (яқуний, дастлабки, _____-сон дастлабкини ўрнига)
 Берилган санаси « _____ » _____ 20 __ й.

Код учун жой	Ўлик тутилган – 1, ҳаётининг биринчи хафтасида ўлган – 2
1.	1. Ўлганиннг фамилияси, исми, ота исми: _____
2.	2. Боданиннг жинси: эркак – 1, аёл – 2, номаълум – 3
3.	3. Туғилган вақти: кун _____ ой _____ йил _____ соат _____ дақиқа
4.	
5.	4. Ўлим вақти: кун _____ ой _____ йил _____ соат _____ дақиқа
6.	5. Ўлим (ўлик туғилиш) содир бўлган жой (шифохона, уй, болқа жой):
7.	Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____
8.	туман (шаҳар) _____ шаҳарча (кишлоқ, овул) _____
9.	_____ кўча _____ уй _____ хонадон _____
10.	6. Онаниннг фамилияси, исми, ота исми: _____
11.	7. Онаниннг туғилган санаси: кун _____ ой _____ йил _____
12.	8. Онаниннг миляти - _____ фуқаролиги - _____
	9. Оилавий аҳволи: никоҳда туради – 1, никоҳда турмайди – 2
	Никоҳда турадиганлар учун:
	10. Ўлган бола (ўлик туғилган) онасининг доимий яшаш жойи:
	Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____ туман _____
	(шаҳар) _____ шаҳарча (кишлоқ, овул) _____
	_____ кўча _____ уй _____ хонадон _____
	11. Онасининг маълумоти: олий – 1, тўликсиз олий – 2, ўрта махсус, касб-хунар – 3, умумий ўрта – 4, тўликсиз ўрта – 5, маълумотсиз – 6
	12. Онасининг иш жойи (агар ишламаса, кимнинг қарамоғида эканлиги кўрсатилсин)

	Мансаби ёки бажарадиган иши _____

13.	13. Нечанчи хомиладорлик _____ туғрук _____
14.	14. Ҳисоб бўйича онанинг нечанчи боласи _____
15.	15. Бола хомиладорликнинг тўлиқ _____ ҳафтасида туғилди.
16.	16. Туғрукни қабул қилди: шифокор – 1, акушер – 2, фельдшер – 3, бошқа шахс – 4
17.	17. Туғрукни қабул қилган шахс фамилияси, исми, ота исми: _____
18.	18. _____
19.	19. _____
20.	20. _____
21.	21. Бола (ҳомила) туғилди: бир хомилалиқдан – 1, эгизакнинг биринчиси – 2, эгизакнинг иккинчиси – 3, бошқа қўп хомилалиқдан – 4
22.	22. Бола (ҳомила)нинг ўлими солир бўлди: туғрук фаолияти бошлангунга қадар – 1, туғрук даврида – 2, туғруқдан сўнг – 3, номаълум – 4
23.	23. Бола (ҳомила)нинг ўлими юз берди: касалликдан – 1, бахтсиз ходисадан – 2, қотилликдан – 3, ўлим сабаби аниқланмаган – 4
24.	24. Перинатал ўлим сабаби: а) бола (ҳомила)нинг ўлимига сабаб бўлган асосий касаллиги ёки ҳолати (битта касаллик кўрсатилади) б) бола (ҳомила)нинг бошқа касалликлари ёки ҳолатлари _____
25.	в) бола (ҳомила)нинг ўлими сабабига олиб келган она (йўлдош)нинг асосий касаллиги ёки ҳолати _____ г) бола (ҳомила)нинг ўлими сабабига олиб келган она (йўлдош)нинг бошқа касалликлари ёки ҳолатлари _____ д) бошқа ҳамроҳ касалликлар _____
26.	25. Ўлим (ўлик туғилиш) сабаби аниқланди: а) ўлимни қайд этган шифокор томонидан – 1, туғрукни қабул қилган шифокор томонидан – 2, болани даволаган педиатр томонидан – 3, патологоанатом томонидан – 4, суд-тиббий эксперти томонидан – 5, акушер томонидан – 6, фельдшер томонидан – 7 Куйидагича асосда: мурдани кўриги – 1, тиббий хужжатидаги ёзуви – 2, аввалги кузатувлар – 3, мурдани ёриш – 4 26. Гувоҳнома берган шахснинг мансаби, фамилияси, исми, ота исми: _____, имзоси _____ Муассаса номи _____ Муассаса раҳбари _____ Гербли муҳр ўрни _____

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш муассасларида туғилганлик ҳақидаги тиббий маълумотнома, перинатал ўлим ва ўлим ҳақидаги тиббий гувоҳномаларни бериш тартиби тўғрисидаги Йўриқномага
З-ИЛОВА

Ўзбекистон Республикаси ССВ	ЎзР ССВ 2010 йил 27 февралдаги 56-сон буйруқ билан тасдиқланган 106/х-сон шаклдаги тиббий ҳужжат
Муассаса номи	

ЎЛИМ ҲАҚИДА ТИББИЙ ГУВОҲНОМАНING
ҚИРҚИЛАДИГАН ҚИСМИ _____-сон
(яқуий, дастлабки, _____-сон дастлабкини ўрнига)
Берилган санаси « ____ » _____ 20 ____ й.

1. Ўлган шахнинг фамилияси, исми, ота исми: _____
2. Ёши _____
3. Ўлган вақти: кул _____ ой _____ йил _____
4. Ўлган жой (шифохона, уй, бошқа жой): Давлат _____
вилоят (шаҳар) _____ туман (шаҳар) _____
шаҳарча (кишлоқ, овул) _____ кўча _____ уй _____ хона-
дон _____
5. Ўлганнинг доимий яшаш жойи:
Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____
туман (шаҳар) _____ шаҳарча (кишлоқ, овул) _____
кўча _____ уй _____ хонадон _____
6. 7 кундан 1 ёшгача бўлган ёшдаги ўлган болалар учун:
 - а) туғилган санаси: кул _____ ой _____ йил _____ туғилгандаги вазни _____
грамм, буйи _____ сантиметр, хомиладорликнинг _____ ҳафтаси
 - б) туғилган жойи: Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____
туман (шаҳар) _____ шаҳарча (кишлоқ, овул) _____
кўча _____ уй _____ хонадон _____
 - в) онасининг фамилияси, исми, ота исми: _____
7. Ўлим ҳақидаги гувоҳномаи берган шифокор (фельдшер, акушер)нинг фамилияси, исми, ота исми: _____

« ____ » _____ 20 ____ й. Олувчининг имзоси: _____
Ўлим сабаби: I а) _____
б) _____
в) _____
II _____

Ўзбекистон Республикаси ССВ	ЎзР ССВ 2010 йил 27 февралдаги 56-сон буйруқ билан тасдиқланган 106/ҳ-сон шаклда- ги тиббий ҳужжат
Муассаса номи	

ЎЛИМ ҲАКИДА ТИББИЙ ГУВОҲНОМА _____-сон

(ФХДЁ органларида қайд этиш учун берилади)

(яқуний, дастлабки, _____-сон дастлабкини ўрнига)

Берилган санаси « _____ » _____ 20 й.

Код учун жой	
1.	1. Ўлгanning фамилияси, исми, ота исми: _____
2.	
3.	2. Жинси: эркак – 1, аёл – 2
4.	3. Туғилган сана: кун _____ ой _____ йил _____
5.	4. Ўлган вақти: кун _____ ой _____ йил _____
6.	5. 7 кундан 1 ёшгача бўлган ёшдаги ўлган болалар учун: етилган хомила – 1, етилмаган хомила – 2, туғилгандаги вази _____
7.	грамм, бўйи _____ сантиметр, хомиладорлик _____ ҳафтаси
8.	6. Аёл ўлими ҳолатларида хомиладорлик, туғруқ, туғруқдан кейин- ги 42 кунгача бўлган давр (тагига чизилсин): ҳа – 1, йўқ – 0
9.	7. Ўлгanning доимий яшаш жойи: Давлат _____ вило- ят (шаҳар) _____ туман (шаҳар) _____
10.	шаҳарча (қишлоқ, овул) _____ кўча _____ уй _____ хонадон _____
	8. Ўлим (ўлик туғилиш) содир бўлган жой (шифоҳона, уй, бошқа жой): Давлат _____ вилоят (шаҳар) _____ туман (шаҳар) _____ шаҳарча (қишлоқ, овул) _____ кўча _____ уй _____ хонадон _____
	9. Ўлим содир бўлди: касалликдан – 1, ишдан ташқари бахтсиз ҳодисадан – 2, иш фаолияти туфайли бахтсиз ҳодисадан – 3, котиллик – 4, ўзини ўзи ўлдириш – 5, ўлим сабаби аниқланмаган – 6
	10. Ўлим сабаби фақат ўлими қайд этган шифокор томонидан аниқланган – 1, ўлган беморни даволаган шифокор томонидан – 2, патологоанатом томонидан – 3, суд-тиббий эксперти томонидан – 4, фельдшер (акушер) томонидан – 5

11. Ўлим асосий сабаби бўйича ХКТ-10 Коды	11. Мен, шифокор (фельдшер, акушер) _____ _____ (фамилияси, исми, отасининг исми, мансаби) _____ шу ҳақда таъкидлайманки, мурдани кўрувга – 1, тиббий хужжатдаги даволовчи шифокор ёзувларига – 2, олиб борилган кузагувларга – 3, мурдани ёриб кўришга – 4 асосланиб, қуйидаги ўлимга олиб келувчи патологик жараён тартиби ва ўлим сабаби аниқланди: Ўлим сабаби*: I. Бевосита ўлимга олиб келган касаллик ёки ҳолат, ҳодисалар тартиби кўрсатилган ҳолда (ўлимнинг асосий сабаби охириги ўрида кўрсатилади): а) _____ _____ (бевосита ўлим сабаби) б) _____ _____ (қандай шикант асорт ёки қандай шикант иситма)
12.	в) _____ _____ (асосий ўлим сабаби) II. Ўлимга олиб келган касаллик ёки патологик ҳолатга боғлиқлиги йўқ, бироқ унга имкон яратган бошқа аҳамиятли ҳолатлар: _____
13.	*Ташхис ёзувида қисқартиришлар ишлатиш мумкин эмас. 12. Бахтсиз ҳодиса, заҳарланиш ёки жароҳат туфайли бўлган ўлим ҳолатларида: а) жароҳат (заҳарланиш) вақти: кун _____ ой _____ йил _____ б) меҳнат фаолияти билан боғлиқ бўлмаган бахтсиз ҳодисаларда жароҳат турлари: маиший – 1, кўчала (автотранспортдан ташқари) – 2, автотранспортдан – 3, мактабда – 4, спортдан – 5, бошқалар – 6 в) жароҳат (заҳарланиш), содир бўлган жой ва вазият (батафсил кўрсатилсин) _____ _____ 13. Тиббий гувоҳнома берилди (тиббий муассаса номи кўрсатилсин): _____
	Соғлиқни сақлаш муассасаси _____ Гувоҳнома берган шахснинг _____ Гербли муҳри _____ имзоси _____

Приложение №7
К приказу Министерства
Республики Узбекистан
№574 от 4 ноября 1992 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке вскрытия умерших, в лечебно-профилактических учреждениях

1. Все умершие в лечебно-профилактических учреждениях, как правило, подвергаются вскрытию с согласия родственников, при этом выдача умершего без вскрытия производится по письменному разрешению главного врача.

2. Выдача без вскрытия категорически запрещается в нижеследующих случаях:

2.1. В случае смерти больных, пребывавших в лечебно-профилактическом учреждении менее суток при наличии подозрения на насильственную смерть.

2.2. В случаях, требующих судебно-медицинского исследования.

2.3. При инфекционных заболеваниях и подозрении на них.

2.4. Во всех случаях неясного прижизненного диагноза (независимо от сроков пребывания больного в лечебном учреждении).

2.5. В случаях смерти в лечебно-профилактическом учреждении после диагностических, инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий (во время или после операции, переливания крови, передозировка, реакция индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и т.д.).

2.6. В случаях мертворождения, смерти новорожденных, рожиц в роддомах и в случаях смерти детей в детских ЛПУ.

3. Администрация лечебно-профилактического учреждения несёт ответственность за обязательное вскрытие умерших, в перечисленных выше случаях.

4. Вскрытие трупов разрешается производить в любые сроки после констатации врачами учреждения биологической смерти; вскрытие производится после предоставления карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с визой главного врача или его заместителя по медицинской части о направлении на вскрытие. Медицинская карта стационарного больного с внесённым в неё патологоанатомическим диагнозом не позднее 7-го дня после вскрытия передаётся в медицинский архив больницы. Карта может быть задержана на более длительный срок только по специальному разрешению руководства больницы и патологоанатомического подразделения.

5. Передача трупов на судебно-медицинскую экспертизу производится только распоряжением главного врача лечебного учреждения в установленном порядке.

6. История болезни стационарных больных, умерших за прошедшие сутки передаётся в патологоанатомическое отделение больницы не позднее 10 часов утра.

7. Если смерть последовала от механических повреждений, отравления, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта (проведенного вне лечебного учреждения), насильственных причин, или же, если имеются указания на возможность одной из этих причин

смерти, главный врач больницы в установленном порядке направляет труп на судебно-медицинское вскрытие, независимо от времени пребывания больного в данном лечебном учреждении.

8. О каждом подобном случае в больнице главный (дежурный) врач обязан сообщать органам прокуратуры или милиции.

9. В случае обнаружения в момент вскрытия причин смерти перечисленных в пункте 7, вскрытие приостанавливается. Вскрывающий врач принимает меры к сохранению тела, всех органов и тканей трупа для дальнейшего судебно-медицинского исследования. На проведенную часть патологоанатомического исследования составляется протокол, в конце которого указывается основание для производства судебно-медицинского вскрытия.

О каждом случае прерванного патологоанатомического вскрытия патологоанатом обязан тотчас известить главного врача и начальника патологоанатомического бюро, который немедленно сообщает об этом в прокуратуру, или районное отделение милиции.

10. Судебно-медицинское вскрытие, умерших в лечебных учреждениях, может производиться в помещении патологоанатомического отделения, штатным судебно-медицинским экспертом или другим лицом, уполномоченным на это соответствующими органами.

11. В ряде случаев первичного обнаружения во время вскрытия острого инфекционного заболевания или при подозрении на него, необычной реакции на прививку, патологоанатом обязан: поставить в известность главного врача лечебного учреждения, начальника патологоанатомического бюро и послать экстренное извещение в санэпидстанцию, в районе которой находится больница

Начальник ГУОМШ

В.Ш.Карабаев

Таблица 1

Основные морфометрические характеристики внутренних органов человека [Автадилов Г.Г., 2002]

Параметры по органам	Значения		Примечание
1. Размеры головного мозга, см			
Сагиттальный:			
мужчины	16,0–17,0		
женщины	15,0–16,0		
Поперечный	13,0–14,0		
Вертикальный	10,5–12,5		
2. Параметры спинного мозга взрослых			
Масса, г	27,0–28,0		
Отношение массы спинного мозга к массе головного мозга	1:48		
Длина, см	45,0		
3. Размеры сердца взрослых, см	Мужчины	Женщины	
Длина (от основания аорты до верхушки)	8,5–9,0	8,0–8,5	
Поперечник (на уровне основания желудочков)	9,2–10,5	8,5–9,2	
Толщина (на уровне основания желудочков)	3,5–4,5	3,2–4,0	
Окружность (на уровне основания желудочков)	25,8		
4. Толщина стенок желудочков сердца, см			
Правый желудочек	0,2–0,3		
Левый желудочек	0,7–1,2		
Межжелудочковая перегородка	1,0–1,2		
5. Ширина раскрытых клапанных отверстий, см			
Аорта	7,0		
Легочный ствол	8,0		
Двустворчатый клапан	10,0		
Трехстворчатый клапан	11,5		
6. Периметр крупных сосудов, см			
Легочный ствол	7,5–8,0		
Восходящая часть аорты	7,0		
Грудная часть аорты	4,5–6,0		
Брюшная часть аорты	3,5–4,5		
7. Средняя масса обоих легких, г			
Новорожденный	54		
Ребенок 1 года	150		
3 лет	260		
5 лет	290		
10 лет	500		

Параметры по органам	Значения	Примечание
15 лет	690	
Взрослые:		
правос легкое	360-570	
левоe легкое	325-480	
8. Размеры легких, см		
Длина	26	
Ширина	16-17	
Толщина	9-10	
9. Размеры пищевода, см		
Длина от уровня перстневидного хряща гортани до входа в желудок	25	
Расстояние от передних резцов до перстневидного хряща	15.0	
Ширина раскрытого пищевода	4.0-5.0	
Толщина стенки	0.3-0.4	
10. Размеры желудка		
Расстояние между входом и выходом, см	20.0	
Средняя вместимость, л		
мужчины	2.5	
женщины	1.8	
11. Размеры кишечника		
Длина двенадцатиперстной кишки, см	30.0	
Длина тонкой кишки, м	5.5-6.5	
Длина толстой кишки, м	1.5-1.7	
Длина червеобразного отростка, см	4.0-8.0	
12. Слюнные железы		
Масса околоушной железы, г	25-32	
Масса поднижнечелюстной железы, г	8	
Масса подъязычной железы, г	2-3	
13. Размеры печени взрослых, см		
Ширина справа налево	23-27	
Ширина правой доли	16-18	
Ширина левой доли	6-8	
Длина от заднего тупого до переднего острого края	10-21	
Длина правой доли	16-20	
Длина левой доли	12-14	
Толщина от нижней до верхней поверхности	6-8	
14. Размеры желчного пузыря		
Длина, см	3.0-17.0	
Поперечник у дна, см	3.0-3.5	
Толщина стенок, мм	1.0-2.0	
15. Параметры поджелудочной железы у взрослых		

Параметры по органам	Значения	Примечание
Масса, г	80.0–100.0	
Длина, см	20.0	
Ширина, см	3.5	
Толщина, см	2.0	
16. Размеры почки взрослого, см		
Длина	11.0–12.0	Масса левой почки у взрослых на 5–7 г больше, чем правой
Ширина	5.0–6.0	
Толщина	3.0–4.0	
Толщина коркового слоя	0.5–0.8	
17. Размеры мочеточников, см		
Длина	27–30	
Окружность	1	
18. Длина мочеиспускательного канала, см		
Мужчины	15.0–17.0	
Женщины	3.5	
19. Масса предстательной железы у взрослых, г		
20–29 лет	15	
30–39 »	16	
40–49 »	17	
50–59 »	18 (до 20)	
60–69 »	16 (до 23)	
70–80 »	15 (до 40)	
20. Размеры предстательной железы в возрасте до 50 лет, см		
Ширина (поперечный размер)	3.2–4.7	
Толщина (сагиттальный размер)	1.4–2.3	
Длина от верхушки до основания	2.3–3.4	
21. Размеры семенных пузырьков, см		
Длина	4.1–4.5	
Ширина	1.6–1.8	
Толщина	0.9	
22. Масса обоих яичек с придатками, г		
Новорожденные	0.8	
Подростки	24.0	
Взрослые	36.0–50.0	
Старше 60 лет	25.0–35.0	
23. Размеры яичек без придатков, см		
Новорожденные:		
длина	1.0	
высота	0.5	
ширина	0.3–0.4	
Подростки:		

Параметры по органам	Значения	Примечание
длина	3.0	
ширина	2.0	
высота	1.6	
Взрослые:		
длина	4.0-5.0	
ширина	2.5-3.5	
высота	2.0-2.7	
24. Параметры матки		
Новорожденные:		
масса, г	33.0-41.0	
длина тела и шейки, см	7.8-8.1	
ширина у дна, см	3.4-4.5	
толщина, см	1.8-2.7	
Рожавшие женщины:		
масса, г	102.0-117.0	
длина тела и шейки, см	8.7-9.4	
ширина у дна, см	5.4-6.1	
толщина, см	3.2-3.6	
25. Размеры шейки матки, см		
Новорожденные:		
длина	2.9-3.4	У новорожденных девочек длина тела и шейки 2.5-3.0 см, из них на шейку приходится 2.0 см
ширина	2.5	
толщина	1.6-2.0	
Рожавшие женщины:		
длина	2.5-3.0	
ширина	3.0	
толщина	2.5	
26. Размеры полости матки		
Длина, см:		
нерожавшие	5.2	В климактерическом периоде на 0.4-0.5 см больше
рожавшие	5.7	
Толщина слизистой оболочки, мм:		
тело матки	0.5-1	У рожавших толщина стенки на 0.2-0.5 см больше
шейка матки	1.0	
Толщина всей стенки, см:		
тело матки	1.0-1.5	
шейка матки	0.7-0.8	
27. Маточные трубы		
Длина, см	11-15	
28. Масса яичника, г		
Новорожденная	0.5-0.8	
Девочка 10 лет	2.0-3.0	
В период половой зрелости	2.5-5.0	
Взрослая женщина	6.0-8.0	
В климактерическом периоде	1.5-2.5	
29. Размеры яичников, см		
Женщина в возрасте до 25 лет:	4.1-5.2	
длина		
ширина	2.0-2.9	

Параметры по органам	Значения	Примечание
Толщина	1.0-1.1	
Рожавшие:		
длина	2.7-4.1	
ширина	1.4-1.6	
толщина	0.7-0.9	
30. Параметры плаценты		
При 3 мес беременности:		
масса, г	36.0	
диаметр, см	5.0-8.0	
толщина, см	1.0	
При 4 мес беременности:		
масса, г	80.0	
диаметр, см	7.5-8.5	
толщина, см	1.0-1.2	
При 5 мес беременности:		
масса, г	178.0	
диаметр, см	11.8	
толщина, см	1.2-1.8	
При 10 мес беременности:		
масса, г	500.0	
диаметр, см	15.0-20.0	
толщина, см	3.0	
Длина пупочного канатика, см	50.0	
Количество околоплодной жидкости, мл	500.0-700.0	
31. Размеры селезенки взрослых, см		
Длина	10-12	
Ширина	7-8	
Толщина	3-4	
32. Масса шишковидного тела у взрослых, г		
16-59 лет	0.18	
60 лет и старше	0.13	
33. Размеры шишковидного тела, см		
Длина	0.6-0.8	
Ширина	0.5	
Толщина	0.5	
34. Гипофиз мозга у взрослых		
Масса, г	0.5-0.6	
Длина, см	0.8	
Ширина, см	1.2	
Толщина, см	0.6	
35. Масса щитовидной железы, г		
Новорожденные	5	
Дети: до 1 года	3	
3 лет	8	
5 »	8	

Параметры по органам	Значения	Примечание
10 »	17	
15 »	23	
Взрослые	25-30	
36. Параметры околощитовидных желез у взрослых		
Масса одной железы, г	0.2-0.5	
Длина, см	0.3-1.5	
Толщина, см	0.2-0.4	
37. Средняя масса вилочковой железы, г		
Новорожденные	13	
Дети: 9 мес	20	
1-5 лет	23	
6-9 лет	24	
10-15 лет	26	
Взрослые: 16-19 лет	20	
20-24 »	18	
25-34 »	16	
35-44 »	14	
45-54 »	11	
55-64 »	10	
65 лет и старше	6	
38. Размеры вилочковой железы, см		
От рождения до 9 мес, длина	6.0	
9 мес - 2 года, длина	7.0	
3-14 лет, длина	8.4	
39. Масса обоих надпочечников, г		
Новорожденные	6	
Дети: 1 года	2	
3 лет	3	
Мальчики 15 лет	7	
Девочки 15 лет	5	
Взрослые	8-12	
39. Размеры надпочечника взрослых, см		
Длина	4.0-5.0	
Ширина	2.5-3.5	
Толщина	0.5	

Таблица 2

Возраст плода и его биометрические показатели
[Кириллов И.А., 1992]

Возраст, нед	Масса плода, г	Теменно-копчиковая длина, мм	Окружность головы, мм	Длина стопы, мм
13	31±5	80±3	83±4	11.0±1.0
14	45±5	92±3	92±4	14.3±1.1
15	80±8	109±6	112±5	18.2±1.3
16	116±17	122±5	126±9	20.9±0.9
17	161±19	133±5	142±9	24.9±0.8
18	212±24	149±9	153±7	28.6±1.1
19	285±46	160±6	169±6	32.2±1.6
20	340±40	175±11	177±10	35.4±1.8
21	401±41	183±7	187±9	38.6±2.8
22	501±38	193±7	200±7	42.0±1.8
23	568±47	200±9	211±9	43.3±2.1
24	645±59	212±6	218±10	46.1±1.8
25	791±42	228±6	229±6	51.7±1.8
26	895±70	239±2	243±4	55.0±1.6
27	979±53	245±7	245±7	56.5±2.2
28	1058±80	258±4	258±4	58.5±1.0

Таблица 3

Длина зародышей и плодов человека в зависимости от возраста внутриутробной жизни [Фалин Л.И., 1967]

Возраст внутриутробной жизни, мес	Теменно-копчиковая длина, мм	Теменно-пяточная длина, мм
2	27.0	
3	65.2	82.5
4	112.4	160.0
5	161.4	240.7
6	206.4	301.0
7	242.5	353.1
8	280.4	405.0
9	314.0	455.5
10	347.7	500.2

Таблица 4

Масса (в граммах) внутренних органов плодов человека соответственно длине тела (в сантиметрах) [Stowens D., 1966]

Длина тела плода	Сердце	Легкие		Селезенка	Печень	Поджелудоч- ная железа	Надпочеч- ники	Вилочковая железа	Почки	Головной мозг
		правое	левое							
31-35	4.5	23	16	5	51	2.1	4.2	3.2	15	220
35.5-39	5	27	19	7	66	3.0	4.3	4.1	18	250
39.1-41	6	29	21	8	78	3.1	4.3	4.5	20	280
41.1-44	7	30	23	9	88	3.4	4.4	4.9	21	290
44.1-47	8	33	27	11	100	4.0	4.5	5.5	26	320
47.1-49	11	37	29	11	118	4.2	4.6	6.1	30	365
49.1-52	12	40	31	12	128	5.0	4.7	7.5	32	410
52.1-55	16	44	37	15	155	6.0	4.8	9.0	38	470

Таблица 5

Размеры и масса доношенного поворожденного
[Автадилов Г.Г., 1994]

Параметр	Числовое значение
Длина	50–54 см
Масса	2500–3500 г
Окружность головы	32–34,5 см
Ширина плечиков	11–12 см
Расстояние между большими вертелами бедренных костей	9–10 см
Диаметр ядер окостенения в нижних эпифизах бедренной кости	5–6 мм
Длина плечевой кости	8–12 см
Длина бедренной кости	9,48 см
Окружность аорты над клапанами	20 мм
Окружность легочного ствола	26,5 мм

B.A. Magrupov, Kh.Z. Tursunov, R.I. Israilov.

The sectional course (Summary)

The textbook is designed for students of medical and medico-pedagogical faculties of medical schools, consists of 10 chapters, the list of recommended literature and applications.

The first chapter tells the story of Pathologic Anatomy Service and Department of Pathological Anatomy in Uzbekistan. First the Organizational and scientific and educational center of pathological anatomy as a science and practice section, was the Department of Pathological Anatomy of the Medical Faculty of the Turkestan State University. Next was an organization of medical institutions in Tashkent, Samarkand, Andijan, created the Department of Pathological Anatomy, whose staff conducted scientific and practical work, to train personnel for the practical life.

The second chapter discusses the objectives and methods of pathology services. More highlights autopsy study - meaning, purpose, method, procedure and fill the opening minutes. Specific examples of filling the autopsy report, preparation of clinical and anatomical pathology epicrisis and diagnosis of clinical and anatomical analysis of autopsies.

The third chapter is devoted to the biopsy as a method of morphological diagnosis and its modern capabilities. Reveals the meaning, purpose, types of biopsies. We present the procedure for sending the biopsy and surgical material for histological examination. Examples of taking biopsies from various bodies, taking into account the indications and contraindications. Specifies the value of biopsies in the early diagnosis of tumors and precancerous processes, especially - the value of immunohistochemistry (IHC) in the diagnosis of malignant tumors.

The fourth and fifth chapters is the doctrine of the disease - nosology, the nomenclature and classification of diseases. Detailed study of ICD-10, the order of encryption diseases and pathological conditions are examples.

In the sixth chapter defines the types, structure and logic of the diagnosis. Examples of the construction of diagnoses in surgical, therapeutic, oncology, pe-diatric and obstetrics and gynecological diseases.

The seventh chapter is devoted to one of the most important tasks in the activity of the pathologist and clinician - conducting clinical and anatomical analysis. Clinical and anatomical analysis is conducted by comparing the clinical and postmortem diagnoses. When passing the diagnosis revealed his view of the causes and significance. Also in this case can be found medical errors and in these cases it is necessary to know its impact on the course and outcome of disease. The classification of medical errors.

The eighth chapter is devoted to the design of medical death certificates, which must be able to both physicians and pathologists and forensic experts. We present the procedure for filling the "medical death certificate" and "medical certificate of perinatal death". Examples for their completion.

The ninth chapter is devoted to iatrogenic disease, about its role in the structure of morbidity and tanatogenesis. Iatrogenesis develops under the influence of health care workers and in each case is considered and its value in the diagnosis of the structure. Examples of iatrogenic in various areas of medical practice.

In the tenth chapter we discuss the role of the clinical-anatomical conferences and medical-control commissions to improve the diagnostic and treatment work of therapeutic and diagnostic facilities. Drive tasks and the order of the clinical-anatomical conferences and activity of medical-control commission.

List of recommended literature is represented by domestic and foreign literature dealing with PAS. It also provides web site.

The annex attached key documents PAS, from the order of Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan the application number 574 of 1992 and the table of anthropometric parameters, the size and mass of bodies.

Contents

Introduction	3
Glossary	4
CHAPTER 1. History of pathological anatomy service in Uzbekistan	5
CHAPTER 2. Objectives and methods of pathological anatomy service. Autopsy.....	27
CHAPTER 3. Biopsy as a method of morphological diagnosis. Modern opportunities of biopsy.....	45
CHAPTER 4. Nosology. Disease	66
CHAPTER 5. Range of diseases. International statistical classification of diseases, injuries and causes of death (ICD-10).....	70
CHAPTER 6. Diagnosis, its logic and structure	78
CHAPTER 7. Comparisons of clinical and pathoanatomical diagnosis. Medical errors.....	98
CHAPTER 8. Medical certificate of death causes and rules of its registration.....	110
CHAPTER 9. Iatrogenic pathology and its role in the structure of disease and tanatogenesis.....	123
CHAPTER 10. Clinico-pathoanatomical conference, medical and control of the commission and their role in improving medical diagnostic work of health care institutions.....	159
Recommended reading	164
Applications	166

Оглавление

Введение	3
Глоссарий.....	4
ГЛАВА 1. История развития патологоанатомической службы в Узбекистане	5
ГЛАВА 2. Задачи и методы патологоанатомической службы	27
ГЛАВА 3. Биопсия как метод морфологической диагностики. Современные возможности биопсии.....	45
ГЛАВА 4. Нозология. Болезнь.....	66
ГЛАВА 5. Номенклатура болезней. Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти.....	70
ГЛАВА 6. Диагноз, его логика и структура	78
ГЛАВА 7. Сличение клинического и патологоанатомического диагноза. Врачебные ошибки	98
ГЛАВА 8. Медицинское удостоверение причины смерти и правила его оформления.....	110
ГЛАВА 9. Ятрогенная патология и её роль в структуре заболеваемости и танатогенезе	123
ГЛАВА 10. Клинико-патологоанатомические конференции, лечебно-контрольные комиссии и их роль в улучшении лечебно-диагностической работы лечебно-профилактических учреждений	159
Рекомендуемая литература.....	164
Приложения	166

52.5

М 12

Магруппов Б.А.

Секционный курс: Учебник [Текст] / Б.А.Магруппов, Х.З.Турсунов, Р.И.Исраилов. МВССО РУз, МЗ РУз, Ташкентская мед. академия. –Ташкент: Фан, 2016. –200 с.

ISBN 978-9943-19-384-0

УДК 615.099.091(075.8)

ББК 52.5я73

*Утверждено к печати Ученым советом
Ташкентской медицинской академии*

Редактор: *Н.Н. Рамазанов*

Корректор: *М.Ф. Мамараджабова*

Технический редактор, верстка: *Д.Ю. Абдуллаев*

Издательство «Фан» АН РУз

100047, Ташкент, ул. Я. Гулямова, 70

Тел. (+99871) 236-74-25, факс 233-29-61

Мбл. (+99893) 500-61-21, 500-61-22

E-mail: fannashr@yandex.com; fannashr@mail.ru

Лицензия издательства АИ №266, 15.07.2015 г.

Изд. №3-37. Сдано на верстку 01.11.2016. Оригинал-макет подписан
в печать 16.12.2016. Бумага офсетная. Печать офсетная.

Формат 60X84^{1/16}. Гарнитура Times. Уч.-изд. л. 11,0. Усл.-печ. л. 11,62.

Тираж 250 экз. Цена договорная.





Баходир Асадуллаевич Магруппов
Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры Патологии ТМА



Хасан Зияевич Турсунов
Доктор медицинских наук, профессор
Заведующий кафедрой Патологии ТМА



Раджаб Исраилович Исраилов
Доктор медицинских наук, профессор
Профессор кафедры Патологии ТМА



ISBN 978-9943-19-384-0



9 789943 193840