

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ УКРАИНЫ
СУМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
ПО СЕКЦИОННОМУ КУРСУ

для иностранных студентов специальности 7. 110101 дневной формы
обучения

ЧАСТЬ 1

Утверждено редакционно-издательским советом университета. Протокол N 3
от 16. 09. 1998 г.

Сумы СумГУ 1999

Составители: А. Н. Романюк Е. С. Проценко Т. Л. Рынжук
Кафедра патологической анатомии

Практическое занятие N 1-2

ТЕМА. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Цель занятия – изучить официальные документы, которые регламентируют организацию патологоанатомической службы в Украине.

АЛГОРИТМ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЗАНЯТИЯ

I Вопросы к самостоятельной части занятия

- 1 Развитие прозекторской службы в Украине.
 - 2 Задачи патологоанатомической службы.
 - 3 Методы, которые использует практическая патологическая анатомия.
 - 4 Порядок вскрытия трупов умерших в лечебных учреждениях.
 - 5 Организация работы и документация патолого-анатомического отделения (бюро).
 - 6 Оборудование и оснащение прозекторского отделения.
 - 7 Техника патологоанатомического вскрытия трупов.
 - 8 Задачи и функции патологоанатомического бюро.
 - 9 Организация патологоанатомического бюро.
 - 10 Штаты, должностные обязанности медицинского персонала патологоанатомического бюро и централизованного патологоанатомического отделения.
- II Деонтологические аспекты патологоанатомической практики.
- 2 Изучение официальной документации, которая регламентирует организацию патологоанатомической службы

- 1 Штатные нормативы (приложение А к приказу N 81).
 - 2 Положение о патологоанатомическом бюро (приложение Б к приказу Министерства здравоохранения Украины от 12. 05. 92г. N 81 – в дальнейшем просто приложение Б).
 - 3 Положение о патологоанатомических отделениях лечебных учреждений (централизованное патологоанатомическое отделение, приложение В).
 - 4 Положение об обязанностях медицинского персонала (приложение Г).
 - 5 Положение о начальнике патологоанатомического бюро (приложение Д).
 - 8 Положение о порядке вскрытия трупов в лечебно-профилактических учреждениях (приложение Ж).
 - 7 Положение о порядке вскрытия выкидышей, мертворожденных и новорожденных, умерших в перинатальном периоде, а также плаценты (приложение И).
 - 8 Положение о порядке организации и проведения клиничко-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях (приложение К).
 - 9 Положение о проведении клиничко-патологоанатомического анализа смертельных исходов (приложение Н).
 - 10 Положение о порядке исследования биопсийного и операционного материалов (патогистологические исследования) + (приложение П).
 - 11 Положение о патологоанатомическом исследовании умерших (приложение Р).
- {^Инструкция о вскрытии трупов детей, выкидышей, плаценты (приложение С).

13 Инструкция об особенностях и порядке патологоанатомического исследования трупов, которые содержат радиоактивные вещества (приложение Т).

14 Временная инструкция о мерах предупреждения заражения персонала патологоанатомического бюро (отделения) при патологоанатомических вскрытиях и морфологических исследованиях органов и тканей инфекционных больных, зараженных вирусом иммунодефицита (ВИЧ) + (приложение У).

15 Инструкция о взятии материалов от трупа для бактериологического и вирусологического исследований (приложение Ф).

18 Инструкция о взятии трупной крови и спинномозговой жидкости для биохимических и биофизических исследований (приложение Х).

17 Инструкция о правилах и сроках хранения патологоанатомических документов и материалов патологоанатомического исследования (приложение Ц).

18 Инструкция о приеме, хранении и выдаче трупов в лечебных учреждениях (приложение I).

19 Основные требования к помещениям, охрана труда и техника безопасности при работе в патологоанатомических отделениях, патологоанатомических бюро (приложение Щ).

3 Примеры ситуационных задач

1 Врач-патологоанатом обратился в администрацию больницы с просьбой увеличить штаты отделения, мотивируя тем, что он на протяжении года провел 130 вскрытий умерших и 2400 исследований биопсийного и операционного материалов. Обоснована ли просьба патологоанатома? Дайте объяснение этой ситуации.

2 Врач-патологоанатом в течение года провел 80 вскрытий умерших детей, мертворожденных и 2500 исследований биопсийного и операционного материалов. Есть ли у него основания требовать у администрации увеличения штатов отделения?

3 В номерной районной больнице умер ребенок 13 лет от перитонита, который развился после флегмонозного аппендицита. В штатах больницы отсутствует должность патологоанатома. Кто в этом случае проведет секцию умершего?

4 В тубдиспансере умер больной К. Вскрытие трупа производится медицинским персоналом централизованного патологоанатомического отделения. Как обеспечить обязательное присутствие лечащих врачей во время вскрытия?

5 В номерной районной больнице возникла необходимость в проведении биопсийного исследования. В больнице отсутствует гистологическая лаборатория. Каким образом решается этот вопрос?

6 В морг доставили труп умершего М. 62 года, после оперативного вмешательства. Родственники хотят забрать труп без секции, мотивируя тем, что есть разрешение главного, врача. Начальник патологоанатомического отделения запретил выдавать труп без секции. Как нужно действовать в этой ситуации дежурному Врачу-патологоанатому?

7 Родственники умершего Л. 38 лет обратились к дежурному врачу-патологоанатому с просьбой выдать труп без секции. Как нужно действовать в этой ситуации? Кто имеет право выдать труп без секции?

8 Аспирант А. обратился к дежурному врачу-патологоанатому с просьбой провести срочную секцию умершего К. с целью взятия материала для научного исследования. Какова тактика патологоанатома?

9 В морг доставили мертворожденный выкидыш массой 600 г. Дежурный врач-патологоанатом Провел вскрытие трупа, но свидетельство о перинатальной смерти не оформил. Как расценить действия патологоанатома?

10 В морг доставлен труп ребенка, который был на диспансерном учете, но смерть наступила в домашних условиях. Нужно ли вскрывать труп?

- 11 На гистологическое исследование направлен операционный материал (опухоль легкого). Сколько необходимо взять кусочков для исследования?
В морг доставлен труп К. 36 лет с отметкой о наличии радиоактивности. Какие меры должен предпринять заведующий патологоанатомическим зюро, чтобы предупредить радиоактивное заражение персонала?
- 13 Во время операции удалена матка и придатки слева. Как учесть количество биопсий?
патологоанатомическую лабораторию доставлена банка без надписи, в которой находится несколько некачественно зафиксированных и высушенных кусочков ткани, удаленных при различных операциях. Препараты не маркированы, но в направлении отмечено, какие ткани находятся в банке. Каковы действия заведующего патологоанатомическим отделением?
- 15 Архивные гистологические препараты опухолей сохраняются в течение 30 лет в вашем патологоанатомическом отделении. Можно ли их ликвидировать?
- 16 Из родильного дома доставлен труп новорожденного ребенка весом 600г, ростом 24 см с признаками недоношенности. Умер через 2 часа после рождения. Каковы действия главного врача и прозектора?
- 17 У больной во время операции удалены матка, две трубы, два яичника. Как учесть количество биопсий?
18. Больной 68 лет поступил в районную больницу с признаками кишечной непроходимости. Через 18 часов после пребывания в стационаре умер с признаками сердечно-сосудистой недостаточности. Родственники просят выдать труп без секции. Каковы действия главного врача?
- 19 В больницу доставлен мужчина 48 лет с потерей сознания. Был найден колхозниками после грозы в поле. Клинический диагноз: поражение молнией. Умер на второй день после того, как поступил в больницу. Какими должны быть действия главного врача?
- 20 В больницу доставлена женщина 18 лет с кровотечением из матки, температура 39 градусов, бледная, из анамнеза известно, что ей было произведено прерывание беременности вне больницы. Умерла на 3-й сутки с признаками разлитого перитонита. Каковы действия главного врача?
- Больная 48 лет находилась в хирургическом о^я'елении на протяжении 3 недель в связи с переломом бедра. Травму получила при автоаварии. В последние дни отмечалась повышенная температура тела. Умерла с признаками сердечно-легочной недостаточности. Родные просят выдать труп без секции. Какое решение должен принять главный врач?
- 22 В номерной больнице проведен ряд операций. Необходимо провести гистологическое исследование биопсийного материала, но в штатах больницы отсутствует должность патологоанатома. Кто должен проводить исследование операционного материала?
- 23 Во время операции у ребенка С. удалена почка к связи с наличием опухоли Вильмса. Хирургом отправлен кусочек почки для гистологического исследования, другую часть органа оставили для приготовления макропрепарата, а третью - отправили в другое патологоанатомическое отделение. Верны ли действия хирурга?
- 24 При проверке патологоанатомической службы больницы отмечено, что патологоанатом не в полном объеме оформляет документацию после секции. В историях болезни присутствует только патолого-анатомический диагноз. Объясните, правильно ли сделано замечание?
- 25 В больницу поступила больная с признаками перитонита. Во время операции выявлен дефект тонкого кишечника, который был зашит. На 5-е сутки больная умерла. На секции выявлены признаки хирургического вмешательства, признаки перитонита и дефект дна матки. Какими должны быть действия прозектора в таком случае?

- 26 В хирургическом отделении районной больницы у больной удален желудок, а в гинекологическом отделении сделана операция по удалению матки и придатков. Какова дальнейшая судьба этого операционного материала?
- 27 В участковой больнице умер больной. Кто и где должен провести секцию этого трупа?
- 28 В больнице умер больной, который был доставлен за 4 часа до смерти с потерей сознания. Главный врач попросил патологоанатома выдать труп кафедре анатомии человека с учебной целью. Какие нарушения имеют место в данной ситуации?
- 29 Подлежит ли секции труп новорожденного весом 550 г и длиной 23 см?
- 30 Необходимо освободить место в помещении, где хранятся архивные документы, гистологические препараты. Какие препараты можно уничтожить в первую очередь?
- 31 В патологоанатомическую лабораторию доставлен на исследование червеобразный отросток, который нагноился. Каковы должны быть действия прозектора?
- 32 Ребенок 4 лет находился на лечении по поводу дифтерии. Умер на 4-е сутки после того, как поступил в больницу с признаками асфиксии. Каковы действия прозектора? Каков порядок выдачи трупа родственникам?
- 33 Больной находится на операционном столе, во время операции взята биопсия и направлена для срочной диагностики. На протяжении какого времени прозектор должен дать ответ?
- 34 В хирургическое отделение поступил ребенок 3 лет с признаками асфиксии. Мама говорит, что ребенок играл пуговицами. Через 1 час после поступления в стационар ребенок умер, несмотря на то, что была сделана трахеотомия. Родственники просят выдать труп без секции. Каковы должны быть действия главного врача и прозектора?
- 35 В терапевтическом отделении больницы по поводу гастрита находилась больная П 35 лет. Смерть наступила от скарлатины. Какова особенность секции и выдачи трупа родственникам в таком случае?
- 36 Во время секции умершего Н. 20 лет установлен диагноз – сепсис. В патологоанатомическом отделении отсутствует бактериологическая лаборатория. Где будет произведено бактериологическое исследование?
- 37 В процессе ознакомления с историей родов врач-патологоанатом отметил такие обстоятельства: мама спала с новорожденным ребенком в одной кровати, сон матери был очень крепким: утром выяснилось, что лицо мертвого ребенка было накрыто молочной железой матери. Во время секции выявлена картина асфиксии. Какими должны быть действия патологоанатома в данном случае?
- 38 В патологоанатомическое отделение доставлена банка с биопсийным материалом. На бланке направления отсутствует клинический диагноз. Каковы действия прозектора в данной ситуации?
- 39 В хирургическое отделение поступил больной К. 18 лет с болями в животе, повышенной температурой, симптомами раздражения брюшины. На вторые сутки больной умер. На секции выявлены подкожные кровоизлияния в поясничной области, большая забрюшинная гематома, разрыв почки. Какими должны быть действия прозектора?
- 40 Больной, которому месяц тому назад было сделано биопсийное исследование опухоли, попросил выдать ему на руки патогистологический результат и гистологический препарат для консультации в другом лечебном учреждении. Каким должно быть решение заведующего патологоанатомическим отделением?
- 41 Патологоанатома из областного центра вызвали в центральную районную больницу провести секцию трупа женщины, умершей от сепсиса, который развился после криминального искусственного аборта. Каковы действия врача-патологоанатома в этом случае?

42 Подлежит ли вскрытию труп новорожденного мальчика весом 750 г и длиной тела 28 см?

43 Из родового отделения доставлен труп новорожденного весом 600 г с признаками недоношенности. Смерть наступила через 2 часа после рождения. Какими должны быть действия главного врача и прозектора?

~44 Во время секции умершего К. из терапевтического отделения патологоанатом заподозрил бо-тезнь Боткина. Какие действия врача - патологоанатома в такой ситуации должны быть обязательными?

Литература

1 Струков А. И. , Серов В. В. Патологическая анатомия. - М. : Медицина, 1993.

2 Серов В. В. , Дрозд Т. Н. , Варшавский В. А. , Татевосян Г. О. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии. - М. : Медицина, 1987. - С. 234 - 239.

3 Хазанов А. Т. , Чалисов И. А. Руководство по секционному курсу. - М. : Медицина, 1978. - с. 5-20.

4 Конспект лекций по теме.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ медицинского персонала патологоанатомических отделений лечебно-профилактических учреждений, патологоанатомических бюро

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

150 вскрытий умерших в возрасте от 15 лет и старше;

100 вскрытий детей и мертворожденных; 2000 исследований биопсийного и операционного материалов. 1. 2 Должность заведующего отделением

устанавливается в отделениях, где предусматривается:

до 5 должностей врачей-патологоанатомов вместо 1 должности врача;

больше 5, но до 10 должностей врачей-патологоанатомов вместо 0,5 - 0,75 должности врача;

больше 15 должностей врачей-патологоанатомов свыше 3 должностей врачей.

2 Средний медицинский персонал

2. 1 Должности лаборантов устанавливаются из расчета 1,5 должности на каждую должность врача-патологоанатома, что предусматривается в соответствии с п. 1. 1.

2. 2 Должности фельдшеров-лаборантов могут быть установлены в пределах норматива должностей лаборантов, что предусмотрено п. 2. 1. в отношении 2: 1.

3 Младший медицинский персонал

3. 1 Должности санитарок устанавливаются из расчета 0,7 должности на каждую должность врача-патологоанатома, но не меньше 1 должности на отделение.

3. 2 На усмотрение органа здравоохранения в патологоанатомических отделениях (бюро) в случае необходимости приема умерших на протяжении суток из других лечебно-профилактических учреждений могут быть дополнительно установлены должности санитарок для обеспечения указанной работы в вечерние и ночные часы, в общеустановленные выходные и праздничные дни.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

ПОЛОЖЕНИЕ о патологоанатомическом бюро

1 Патологоанатомические бюро являются учреждениями системы здравоохранения и подчиняются соответствующему органу здравоохранения.

1. 1 Патологоанатомические бюро создаются в области, городе на базе существующих централизованных патологоанатомических отделений, которые имеют квалифицированные кадры и необходимую материальную базу.

1. 2 Патологоанатомические бюро имеют в своем распоряжении помещения с соответствующей территорией, медицинским оборудованием и аппаратурой, транспортными средствами, хозяйственным инвентарем и другим имуществом.

Примечание - Прозекторские, в которых проводится патологоанатомическое исследование трупов специалистами бюро на местах, остаются на бюджете соответствующих больниц. Поддержание их в необходимом состоянии обеспечивается главными врачами.

2 Патологоанатомические бюро находятся на бюджете соответствующего органа здравоохранения.

3 Штаты медицинского и другого персонала патологоанатомического бюро устанавливаются согласно соответствующим приказам.

4 Основная деятельность патологоанатомического бюро направлена на дальнейшее усовершенствование лечебно-профилактической помощи населению путем улучшения прижизненной диагностики заболеваний, уточнения причин смерти, обеспечения достоверных данных государственной статистики причин смерти, повышения квалификации врачей и осуществления анализа недостатков диагностики и лечения. Патологоанатомические бюро используют методы интенсификации и рациональной организации труда. Осуществляют унификацию исследований в секционном и биопсийном разделах работы с целью укорочения сроков патологоанатомических исследований и повышения их качества.

5 Основными функциями патологоанатомического бюро являются:

5. 1 Уточнение диагностики заболеваний на секционном, , операционном материалах путем проведения макро-и микроскопического, а при необходимости - бактериологического, вирусологического. серологического исследований.

5. 2 Установление причин и механизмов смерти больного.

5. 3 Анализ качества диагностической и лечебной работы вместе с врачами путем сравнения клинических и патологоанатомических данных и диагнозов с обязательным обсуждением результатов во врачебных коллективах больниц, а также в соответствующих органах здравоохранения.

5. 4 Подготовка и проведение клинико-патолого-анатомических конференций и ЛЕЕ в лечебно--профилактических учреждениях.

5. 5 Срочное оповещение в установленном порядке органов здравоохранения о выявлении случаев острозаразных, в том числе особенно опасных заболеваний.

8 Патологоанатомические бюро являются базами подготовки врачей-патологоанатомов через интернатуру.

7 Патологоанатомические бюро, которые являются республиканскими (областными, . городскими) организационно-методическими центрами патолого-анатомической службы, выполняют следующие функции:

7. 1 Оказывают организационно-методическую и консультативную помощь патологоанатомическим бюро, отделениям в Украине.

7. 2 Разрабатывают предложения для соответствующего органа здравоохранения по усовершенствованию патологоанатомической службы, повышению квалификации врачей-патологоанатомов и лаборантов.

7. 3 Изучают потребности патологоанатомической службы республики в кадрах, оборудовании, реактивах.

7. 4 Обобщают и распространяют передовой опыт работы.

7. 5 Проводят апробацию и внедряют современные методы патологоанатомических исследований.

7. 6 Готовят и проводят совещания, конференции патологоанатомов.

7. 7 Осуществляют контроль за системным повышением квалификации врачей-патологоанатомов на кафедрах институтов усовершенствования врачей, на базе патологоанатомических бюро, лабораторий (отделов), научно-исследовательских институтов.

7, 8 Патологоанатомические бюро могут иметь такие структурные подразделения (в зависимости от профиля лечебно-профилактических учреждений и объема работы):

- отделение общей патологии с гистологической лабораторией;
- отделение детской патологии с гистологической лабораторией;
- отделение инфекционной патологии с гистологической и вирусологической лабораториями;
- отделение биопсийных исследований с лабораторией электронной микроскопии;
- организационно-консультативное отделение -архив;
- административно-хозяйственную часть;
- хозяйственно-расчетное отделение по осуществлению ритуальных услуг населению.

8 Состав и площадь отделений патологоанатомического бюро, их помещения должны соответствовать строительным и санитарным нормам и правилам, а также другим требованиям и правилам для указанных помещений. Патологоанатомические бюро могут иметь городские, районные, межрайонные отделения, которые создаются на базе городских, центральных районных больниц с учетом местных условий отдаленности от бюро, наличия квалифицированных кадров и достаточного объема патологоанатомических исследований.

9 Руководство деятельностью патологоанатомического бюро осуществляется единолично начальником бюро, на должность которого назначается высококвалифицированный врач-патологоанатом, который имеет опыт руководящей работы.

10 Патологоанатомические бюро в административно-хозяйственном отношении подчинены: 10. 1 Республиканское патологоанатомическое бюро - Министерству здравоохранения Украины.

10. 2 Областное патологоанатомическое бюро -отделу (управлению) здравоохранения облисполкома.

10. 3 Городское патологоанатомическое бюро отделу (управлению) здравоохранения горисполкома.

11 Патологоанатомические бюро пользуются правами юридического лица, имеют соответствующие печати.

12 Патологоанатомические бюро ведут документацию и подают отчеты по форме и в срок, утвержденный Министерством здравоохранения Украины.

13 Патологоанатомические бюро в соответствии с действующими положениями могут быть учебными базами медицинских институтов, института усовершенствования врачей.

14 С целью повышения квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам общей и специальной анатомии человека, а также для учебной и научной работы в каждом патологоанатомическом бюро организуется музей макроскопических и микроскопических препаратов и по техническим условиям - фототека, фильмотека, видеотека.

В музей подбираются демонстративные материалы, которые отражают важнейшие, а также редкие патологические процессы и заболевания. Материалы музея, фототеки, фильмотеки, видеотеки регистрируются на специальных этикетках музейного препарата и в книге учета музейных препаратов.

Приложение в

ПОЛОЖЕНИЕ

о патологоанатомическом отделении (централизованном патологоанатомическом отделении) лечебно-профилактического учреждения.

1 патологоанатомическое отделение (центральное патологоанатомическое отделение) является Структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения.

2 Патологоанатомическое отделение создается в составе многопрофильных и специализированных больниц (в том числе детских) и диспансеров, исходя

из числа вскрытий и исследований биопсийного материала в каждой из этих больниц (диспансеров), которые могут быть произведены медицинским персоналом патологоанатомических отделений;

3 При наличии в городе нескольких больниц, согласно решению соответствующего органа здравоохранения, может быть создано централизованное патологоанатомическое отделение в одной из больниц, штаты которого устанавливаются с учетом объема работы и соответствующих приказов для обеспечения вскрытий умерших и исследований биопсийного материала как в той больнице, в составе которой создано централизованное отделение, так и в прикрепленных больницах (диспансерах), поликлиниках.

Соответственно централизация детской патологоанатомической службы проводится для выполнения вскрытий трупов умерших детей, новорожденных и мертворожденных, исследований биопсийного и операционного материалов.

В центральных районных больницах патологоанатомические отделения создаются с учетом обеспечения проведения всех вскрытий трупов умерших и исследования всего биопсийного и операционного материалов из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений района.

Для обеспечения обязательного присутствия лечащих врачей во время вскрытия трупов умерших больных эти вскрытия при наличии необходимых условий могут проводиться в секционных залах соответствующих больниц (диспансеров) медицинским персоналом соответствующего централизованного патологоанатомического отделения.

4 Организация работы централизованных отделений должна предусматривать при необходимости проведение срочных биопсийных исследований в прикрепленных больницах (диспансерах) по их заявке.

Централизованное патологоанатомическое отделение обеспечивает своевременный забор биопсийного материала из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений и доставку им результатов.

Для выполнения необходимой работы с прикрепленными лечебно-профилактическими учреждениями централизованное патологоанатомическое отделение больницы должно иметь закрепленный за ним санитарный транспорт, использование которого не по назначению запрещается.

5 Руководство больницы, в структуре которой есть централизованное патологоанатомическое отделение, несет полную ответственность за создание необходимых условий труда в отделении, в т.ч. комплектацию медицинскими кадрами, материально-техническое оборудование, хозяйственное обеспечение.

6 Руководство прикрепленных больниц (диспансеров) в случаях проведения вскрытий в больнице обязано обеспечить необходимые условия для вскрытия трупов умерших больных, а также срочное исследование биопсийного материала в условиях своих больниц (диспансеров), имея для этого соответствующие помещения, оборудование, аппаратуру, инструменты и т. д.

7 Основными задачами патологоанатомического отделения больницы (централизованного патологоанатомического отделения) являются улучшение прижизненной диагностики заболеваний с помощью исследований биопсийного и операционного материалов и по данным вскрытий умерших больных, обеспечение достоверных данных о причинах смерти в государственной статистике смертности населения: повышение квалификации медицинских работников. Квалификация врачей и лаборантов повышается при проведении следующих исследований:

7. 1 Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материалах.

7. 2 Выявление на секционном, операционном и биопсийном материалах острозаразных заболеваний.

7. 3 Установление причин и механизмов смерти больного.

7. 4 Совместное обсуждение с лечащими врачами результатов вскрытий и гистологических исследований: постоянная консультативная помощь по вопросам патологии.

7. 5 Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами путем сравнения клинических и патологоанатомических данных.

7. 8 Обобщение и анализ результатов работы патологоанатомического отделения с обязательным обсуждением их во врачебных коллективах прикрепленных больниц (диспансеров), а также в соответствующих органах здравоохранения.

8 С целью решения основных задач персонал патологоанатомического. отделения проводит макро и микроскопическое исследование, при необходимости обеспечивает взятие материала от трупа для бактериологического, серологического, биохимического исследований, а также проводит гистологическое исследование биопсийного материала, который поступает в отделение. С целью подготовки врачей-патологоанатомов широкого профиля, которые работают в больших централизованных патологоанатомических отделениях, рекомендуется периодическая (по графику) работа врачей по разным разделам патологии (общая инфекционная, детская патология, биопсийные исследования). Патологоанатомические отделения в случае необходимости используют в своей работе вспомогательно-диагностические кабинеты и отделения (рентгеновский кабинет, клиническая, бактериологическая лаборатории и другие) больницы, в состав которой оно входит, а также других учреждений здравоохранения.

9 Время работы* патологоанатомического отделения, вскрытий трупов умерших и срочных биопсий-ных исследований в прикрепленных больницах (диспансерах), а также порядок выдачи врачебных свидетельств о смерти и трупов родственникам,, сообщение результатов исследований в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения устанавливается руководством соответствующих больниц.

10 Централизованным патологоанатомическим отделениям областной и центральной районной больниц поручается осуществление патологоанатомической консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям соответствующих территорий.

11 Патологоанатомическое отделение больницы может быть базой подготовки и совершенствования врачей-патологоанатомов и среднего медицинского персонала.

12 С целью повышения квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений по вопросам общей и специальной анатомии человека, а также для учебной и научной работы в каждом патолого-анатомическом отделении организуется музей макроскопических и микроскопических препаратов и по техническим возможностям - фототека, фильмотека и видеотека.

В музей подбираются демонстрационные материалы, которые отражают важнейшие, а также редкие патологические процессы и заболевания.

Материалы музея, фототеки, фильмотеки, видео-теки регистрируются на специальных этикетках музейного препарата и в книге учета музейных препаратов.

13 Отделение возглавляет заведующий, который назначается и увольняется в установленном порядке. Он руководит отделением единолично и непосредственно подчиняется руководителю учреждения и его заместителю по медицинской работе. (лечебной)

14 Отделение ведет утвержденную Министерством здравоохранения Украины медицинскую документацию и подает сведения о своей деятельности для включения в отчет лечебно-профилактического учреждения.

ПОЛОЖЕНИЕ

о должностных обязанностях медицинского персонала патологоанатомического бюро и централизованного патологоанатомического отделения лечебно-профилактического учреждения

1 Заведующий отделением патологоанатомического бюро (централизованным патологоанатомическим отделением) организует и обеспечивает работу отделения, составляет план работы отделения с распределением обязанностей между сотрудниками.

Организует и контролирует доставку в отделение биопсийного материала и заключений по результатам их исследования в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения.

Организует и контролирует выезды медицинского персонала в лечебно-профилактические учреждения административной территории для проведения патологоанатомических вскрытий, срочных биопсий, консультации сложных случаев и проведения клиничко-патологоанатомических конференций.

Докладывает руководителю лечебно-профилактического учреждения, начальнику патологоанатомического бюро о каждом случае выявления во время Работы грубых врачебных ошибок и недостатков в работе.

Обеспечивает проведение бактериологических, вирусологических, серологических исследований во всех случаях подозрения на инфекционные заболевания. В случае выявления инфекционных заболеваний в умерших детей, которые могут стать причиной развития внутрибольничной инфекции, докладывает об этом руководителю соответствующего лечебного заведения.

В случае выявления инфекционного заболевания у новорожденных, мертворожденных докладывает главному врачу соответствующего родильного дома.

Составляет и направляет сообщения (ф. М 058у) в территориальную СЭС при нераспознанных и карантинных заболеваниях, острых детских инфекционных заболеваниях, внутрибольничных и внутриутробных инфекциях, случаях пищевых и острых профессиональных отравлений.

Обеспечивает своевременное и правильное составление врачебных свидетельств о смерти и выдачу их родственникам (передачу в установленном порядке в отдельных случаях свидетельств ЗАГСА), направление повторных свидетельств в статистические органы.

Выбирает случаи, которые подлежат разбору на клиничко-патологоанатомических конференциях; вместе с заместителем главного врача по медицинской части принимает участие в организации и проведении, клиничко-патологоанатомических конференций (консультации докладчиков, предварительный пересмотр всех анатомических и гистологических препаратов, подлежащих демонстрации, диапозитивов и т. д.).

Проводит ежегодный анализ работы отделения и представляет его результаты руководству лечебно-профилактического учреждения.

Контролирует правильность ведения медицинской документации, утвержденной Минздравом Украины.

Руководит работой по составлению и постоянному пополнению коллекции микропрепаратов, фототеки и видеотеки.

Организует и проводит конференции патологоанатомов отделения с обсуждением докладов и демонстрацией текущих материалов.

Консультирует врачей по вопросам целесообразности взятия биопсий, особенно срочных, во время операции.

Принимает участие в научных конференциях лечебно-профилактического учреждения, а также в заседаниях городского (областного) общества патологоанатомов и других научно-практических конференциях.

Организует повышение квалификации врачей и лаборантов отделения.

С ЭТОЙ ЦЕЛЬЮ:

- организует и проводит тематические занятия, в том числе по исследованию биопсийного материала, по патологоанатомической диагностике и причинам смерти;

- помогает врачам и лаборантам в освоении новых гистологических и гистохимических методик и других методов исследования, а также в освоении новой аппаратуры;

- организует демонстрационные вскрытия с клиничко-патологоанатомическим разбором их результатов.

Обеспечивает готовность работы для проведения вскрытий умерших от особо опасных инфекционных заболеваний.

Отвечает за своевременную подачу заявок на материалы, реактивы, оборудование, контролирует их расход и использование.

Несет ответственность за соблюдение сотрудниками отделения правил техники безопасности, противопожарной безопасности, хранения ядовитых, легковоспламеняющихся и дорогостоящих материалов, санитарно-гигиеническое состояние отделения.

Оповещает главного врача в случае необходимости передачи трупа на судебно-медицинскую экспертизу и контролирует эту передачу.

2 Врач отделения патологоанатомического бюро (Централизованного патологоанатомического отделения) проводит вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала (для отделений педиатрического профиля – вскрытие трупов детей, новорожденных., мертворожденных и исследование последов).

При показаниях проводит забор материала для специальных исследований: микробиологических, вирусологических, цитологических, биохимических.

В случае необходимости проводит срочное микроскопическое исследование секционного материала и другие вспомогательные исследования.

Обеспечивает микроскопическое исследование секционного, операционного материалов и другие вспомогательные исследования.

Обеспечивает микроскопическое исследование секционного, операционного и биопсийного материалов в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Украины инструктивно-методическими указаниями для врачей педиатрических централизованных патологоанатомических отделений, соответственно с инструкциями для патологоанатомов педиатрического профиля.

Оставляет макропрепараты для фотографирования, для демонстрации на клинко-анатомических Конференциях или для изготовления музейных препаратов, делая при этом соответствующую запись в протоколе (карте) патологоанатомического исследования (ф. N ОГЗу).

В ходе вскрытия и после него дает необходимые объяснения присутствующим врачам и составляет патологоанатомический диагноз, клинко-патологоанатомический эпикриз и заключение о причинах смерти.

Обеспечивает оформление протокола патологоанатомического исследования и медицинской карты стационарного больного сразу после окончания вскрытия и записывает в них патологоанатомический диагноз, вывод о причине смерти больного и диагноз, указанный во врачебном свидетельстве о смерти.

Составляет расширенный клинко-патологоанатомический эпикриз, где обосновывает патологоанатомический диагноз, отмечает совпадение или расхождение его с клиническим диагнозом, в последнем случае указывает причину расхождения.

для перинатальных вскрытий обосновывает связь болезни плода (новорожденного) с патологией родов и беременности у матери.

Отмечает выявленные недостатки в диагностике, лечении, обследовании умершего больного и ведении медицинской карты стационарного больного или иной медицинской документации, своей подписью подтверждает правильность заполнения протокола вскрытия; заполняет врачебное свидетельство о смерти (ф. N 106у) и перинатальной смерти.

При обращении ведет беседу с родственниками умершего, объясняет им характер заболевания, приведшего больного к смерти.

Докладывает начальнику бюро, заведующему патологоанатомическим отделением о результатах вскрытия и о выявленных недостатках организационных, диагностических и лечебных мероприятий.

Проводит вместе с лаборантом вырезание секционного материала, дает указания лаборанту о способах его обработки, методике окраски, о количестве гистологических препаратов.

Контролирует качество и сроки выполнения лаборантом заданной работы, оказывает ему методическую помощь.

Проводит микроскопическое исследование гистологических препаратов, проводит анализ результатов вспомогательных исследований (бактериологических, вирусологических и т. д.) и вносит соответствующие записи в протокол (карту) патологоанатомического исследования (ф. M 103у).

В случае изменения патологоанатомического диагноза после гистологического или другого вида исследования производит дополнительную запись в протоколе патологоанатомического исследования и медицинской карте стационарного больного, указывая последний патологоанатомический диагноз и одновременно направляет в статистические органы новое свидетельство о смерти с отметкой "взамен предварительного" (не позднее чем через 2 недели после выдачи предварительного свидетельства о смерти).

Если же свидетельство о смерти было выдано, заполняется новое свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки "взамен окончательного". В неясных случаях-консультации с другими врачами отделения и заведующим отделения.

Проводит вместе с лаборантом макроскопическое описание присланных из клинических отделений органов и тканей и вырезает кусочки для гистологического исследования, дает указания лаборанту по способам фиксации, обработке, методике окраски и необходимому количеству микропрепаратов.

Проводит микроскопическое исследование биопсийных препаратов, описывает гистологическую картину процесса и вносит патологоанатомический диагноз в "направление на патологоанатомическое исследование" (ф. N 014у).

В случае выявления злокачественных новообразований, специфических инфекционных заболеваний, которые требуют хирургического вмешательства, проведения лучевой или цитостатической терапии, результат подписывает заведующий отделением.

При подготовке клинико-патологоанатомических конференций знакомится с литературой по обсуждаемому случаю, готовит демонстрационный материал, (диапозитивы, макро-и микропрепараты), составляет письменный текст или план доклада, предоставляет все подготовленные материалы заведующему отделением и консультируется с ним, а в случае необходимости проводит предварительное обсуждение материалов на конференции врачей отделения, (бюро), делает сообщение на клинико-анатомической конференции и принимает участие в обсуждении.

Принимает участие в производственных, учебных, организационных и методических мероприятиях, которые проводятся в патологоанатомическом отделении.

Выполняет производственные поручения заведующего отделения: докладывает заведующему отделением обо всех недостатках в работе; отбирает и проводит фотографирование макро-и микропрепаратов для музея, составляет аннотации и ведет картотеку.

3 Лаборант и фельдшер-лаборант отделения патологоанатомического бюро и централизованного патологоанатомического отделения обязаны в секционном разделе работы:

- помогать врачу в оформлении документации, связанной со вскрытием трупа;
- готовить необходимые фиксаторы;
- в ходе вскрытия или непосредственно после его окончания фиксировать и окрашивать мазки и отпечатки для бактериоскопии;
- помогать врачу в процессе взятия материала для бактериологического, вирусологического, биохимического и др. исследований;
- оформлять направление на отправку материала в соответствующие лаборатории;
- следить за фиксацией секционного материала, взятого для микроскопии;
- принимать участие вместе с врачом в вырезании фиксированного материала, маркировать и сортировать вырезанные кусочки, регистрировать в рабочей тетради количество кусочков с пометкой об органах и тканях, количестве срезов, методах окраски;
- проводить заливку вырезанных кусочков в парафине, целлоидин-желатине и др. средах;
- готовить и маркировать блоки, наклеивая их на колодки;
- проводить заточку и правку микротомных ножей; проводить резку материала на микротоме всех видов;
- помещать целлоидиновые блоки, которые остались после резки, в соответствующие консерванты, следить за их хранением в архиве на протяжении необходимого срока, указанного врачом;
- проводить окраску срезов и готовить микропрепараты ;
- под непосредственным руководством врача-патологоанатома готовить музейные макропрепараты (готовить фиксирующие смеси, производить фиксацию, восстанавливать окраску, делать монтаж препарата и помещать его в среду).

При обработке биопсийного материала:

- принимать у санитаров доставленный на исследование из клинических отделений материал, проверять соответствие материала записям в направлении, качество фиксации, расписываться в получении материала;
- записывать в журнале регистрации материалов и документов в гистологическом отделении все объекты, которые поступили на исследование, с занесением в него данных, имеющихся в направлении (ф. N 190у);
- готовить бланк-направление под диктовку врача;
- маркировать вырезанные кусочки, регистрировать их количество и методы дальнейшей гистологической обработки;

- готовить фиксаторы, растворы и красители;
- проводить гистологическую обработку и изготавливать микропрепараты;
- вписывать в журнал (ф. N 190у) результаты макроскопического и гистологического исследований, патологоанатомический диагноз, фамилию врача, проводившего исследование, и дату исследования (или подшивать копию бланка);
- выдавать результаты исследования в соответствующие клинические отделения лечебного учреждения (под расписку старшей медсестры), принимать и регистрировать в отдельном журнале все срочные биопсии;
- изготавливать гистологические препараты при интраоперационных биопсиях (срочно);
- по окончании исследования все биопсийные материалы (фиксированные ткани и органы, блоки, микропрепараты) сдавать в архив и нести ответственность за порядок их хранения;
- изготавливать микропрепараты для коллекции;
- оформлять выдачу микропрепаратов из архива отделения по запросам в другие лечебные учреждения и контролировать их своевременное возвращение;
- осуществлять уход за приборами и аппаратурой и следить за соблюдением санитарно-гигиенического режима в помещениях отделения;
- ежемесячно отчитываться о проведенной работе (количество блоков, срезов, дополнительных методик окраски и др.) перед заведующим отделением.

4 Санитар патологоанатомического бюро, централизованного патологоанатомического отделения обязан:

- принимать доставленные в патологоанатомическое бюро (отделение) маркированные трупы умерших из клинических отделений и прикрепленных лечебных учреждений;
 - обеспечивать сохранение трупа на протяжении его пребывания в патологоанатомическом отделении,;
 - проводить измерение роста и веса умершего;
 - осуществлять необходимую транспортировку трупов внутри патологоанатомического бюро (отделения), а при наличии специального автотранспорта принимать участие в доставке трупов из прикрепленных больниц;
 - готовить помещение, одежду, инструменты, посуду и прочее для проведения вскрытия и взятия материала для микроскопического исследования;
 - доставлять материал, взятый во время вскрытия, в специальные лаборатории по указанию врача-патологоанатома.;
 - во время вскрытия постоянно находиться в секционной и помогать врачу;
 - под контролем врача в процессе вскрытия проводить распиливание костей черепа, при необходимости - позвоночного столба и других костей, взвешивать¹ органы;
 - после окончания вскрытия производить туалет трупа и доставлять его в трупохранилище;
 - перед выдачей трупа проверять маркировку;
 - одевать покойника, помещать тело в гроб и выдавать родственникам;
 - проводить регистрацию приема и выдачи трупа в специальной книге по установленной форме с обязательной отметкой о наличии зубных протезов и изделий из драгоценных металлов;
 - каждый день после окончания вскрытий проводить влажную уборку секционного зала, предсекционной, траурного зала, трупохранилища, фиксационных;
 - после вскрытия трупа умершего от инфекционного заболевания проводить дезинфекцию помещения секционной, мелкого инвентаря и оборудования;
 - систематически следить за исправностью инструментов и оборудования секционной, производить заточку инструментов;
 - по распоряжению заведующего отделением или старшего лаборанта выполнять различные вспомогательные работы: мыть грязную посуду, смывать микропрепараты, переносить и устанавливать баллоны и другие тяжелые предметы;
 - выполнять роль курьера, изготавливать колодки для блоков и т. д.;
 - дежурить в патологоанатомическом бюро (отделении) по установленному графику, во время дежурства выдавать оформленное по установленным образцам свидетельство о смерти родственникам или сотрудникам покойного.
- Примечание - Уборку других помещений в отделении, не относящихся к секционному блоку, выполняют санитары, которые не занимаются вскрытием трупов (уборщицы). Они же производят смыв микропрепаратов, мытье грязной посуды,

очистку блоков, передачу оформленных карт стационарного больного в архив и другие необходимые работы (по распоряжению заведующего отделением, врачей-патологоанатомов и лаборантов). Остальные виды обслуживания, связанные с бальзамированием и захоронением покойного совершаются через похоронное бюро.

ПОЛОЖЕНИЕ о начальнике патологоанатомического бюро

1 Начальник патологоанатомического бюро руководит деятельностью патологоанатомического бюро единолично.

2 Начальник патологоанатомического бюро назначается из числа высококвалифицированных врачей-патологоанатомов, которые имеют опыт практической работы, и увольняются органами здравоохранения по подчиненности.

3 Начальник патологоанатомического бюро является главным патологоанатомом соответствующего органа здравоохранения.

4 Начальник патологоанатомического бюро руководствуется Положением о патологоанатомическом бюро, инструкциями и указаниями вышестоящих органов здравоохранения и действующим законодательством.

5 В соответствии с основными задачами патологоанатомического бюро его начальник разрабатывает, планирует и осуществляет проведение мероприятий, направленных на максимально полное патологоанатомическое обеспечение всех лечебно-профилактических учреждений административной территории (республики, области, города).

5. 1 Обосновывает необходимость строительства новых сооружений для патологоанатомической службы и место их расположения, капитальный ремонт и реконструкцию функционирующих помещений патологоанатомического бюро и его отделений.

5. 2 Начальник патологоанатомического бюро имеет право обоснованной отмены распоряжения главного врача больницы о выдаче без вскрытия умершего в стационаре.

5. 3 Начальник патологоанатомического бюро планирует и обеспечивает приобретение для бюро и его отделений медицинского оборудования, аппаратуры, автотранспорта и их замену.

6 Начальник патологоанатомического бюро производит:

- систематический контроль за деятельностью отделений бюро с целью обеспечения своевременности, полноты и высокого качества патологоанатомических исследований;

- передачу своевременной информации руководителю соответствующего органа здравоохранения о выявленных недостатках в диагностике заболеваний и лечении больных;

- проведение научно-практических и консультативных конференций, совещаний врачей-патологоанатомов административной территории, клиничко-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях;

- своевременно составляет соответствующий отчет о деятельности по установленной форме;

- планирует и обеспечивает систематическое повышение квалификации врачей бюро, создает условия для подготовки врачей-патологоанатомов через интернатуру;

- несет ответственность за целесообразность использования финансовых средств, материалов и других материальных ценностей;

- несет ответственность за соблюдение трудовой дисциплины и повышение профессионального уровня сотрудников бюро;

- принимает на работу и увольняет сотрудников бюро;

- использует меры поощрения и взыскания сотрудников бюро;

- представляет бюро в отношениях с другими предприятиями, учреждениями и организациями в Госарбитраже и суде;

- утверждает должностные инструкции работников бюро.

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке вскрытия трупов в лечебно-профилактических учреждениях. Все трупы умерших больных в лечебно-профилактических учреждениях, как правило, подлежат вскрытию. Главный врач, начальник патологоанатомического бюро имеют право отмены вскрытия только в чрезвычайных случаях. Об отмене вскрытия главный врач, начальник патологоанатомического бюро дают письменное указание в карте стационарного больного с обоснованием причин отмены вскрытия. Спорные вопросы в отношении вскрытия трупов решаются главным патологоанатомом области (города). Срочное вскрытие трупов разрешается проводить сразу же после установления врачами лечебного учреждения факта биологической смерти; вскрытие в плановом порядке проводится после представления карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с визой главного врача или его заместителя по медицинской части о направлении на патологоанатомическое вскрытие. Медицинская документация на умерших из разных больниц доставляется в патологоанатомическое бюро (отделение) вместе с трупом умершего. Медицинские карты стационарных больных, умерших во второй половине предшествующих суток, передаются в патологоанатомическое бюро, патологоанатомическое отделение больницы не позднее 9 утра. Медицинская карта стационарного больного с внесением в ней патологоанатомического диагноза не позднее 5-7 суток после вскрытия передается в медицинский архив больницы. Карта может быть задержана на более продолжительный срок только по специальному разрешению руководства больницы.

Отмена вскрытия не разрешается:

- а) в случаях смерти больных, пробывших в лечебно-профилактическом учреждении менее суток;
- б) в случаях, которые требуют судебно-медицинского исследования;
- в) при инфекционных заболеваниях и подозрении на них;
- г) во всех случаях неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в лечебном учреждении);
- д) в случаях смерти в лечебно-профилактическом учреждении после диагностических инструментальных исследований, проведения лечебных мероприятий во время или после операции, переливания крови, неучтения индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и т.п. Трупы умерших, личности которых не установлены, по распоряжению главного врача передаются для судебно-медицинского вскрытия.

Если смерть наступила от механических повреждений, отравлений, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта, проведенного вне лечебного учреждения, насильственных действий при условии, что имеются свидетельства о возможности одной из этих причин смерти, главный врач больницы в установленном порядке производит направление трупа на судебно-медицинское вскрытие независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении.

О каждом подобном случае в больнице главный (дежурный) врач больницы обязан уведомить органы прокуратуры или милиции.

Если же свидетельство об одной из причин, перечисленных выше, обнаруживается при патологоанатомическом вскрытии, то вскрытие прекращается. Врач, который проводит вскрытие, принимает меры для сохранения трупа, всех его тканей для дальнейшего судебно-медицинского исследования. На выполненную часть патологоанатомического исследования составляется протокол, в конце которого обосновывается причина для выполнения судебно-медицинского вскрытия.

О каждом случае приостановленного патологоанатомического вскрытия врач сразу же обязан информировать главного врача, который срочно доводит до сведения прокуратуры или районных отделений милиции и ждет распоряжения прокурора или органов милиции. Судебно-медицинское вскрытие трупов лиц, которые умерли в лечебных учреждениях, может проводиться в помещении патологоанатомического отделения данного лечебного учреждения штатными судебно-медицинскими экспертами или врачом, назначенным для этого органами прокуратуры.

В случае первичного выявления во время вскрытия острого инфекционного заболевания или при подозрении на него патологоанатом обязан информировать об

этом главного врача лечебного учреждения и послать экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, общепрофессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. М058у) в СЭС по месту проживания больного.

С целью усовершенствования контроля за качеством диагностики и лечения больных амбулаторной сети могут проводиться патологоанатомические вскрытия трупов лиц, умерших на дому, в следующих случаях:

умерших больных в возрасте до 50 лет, которые неожиданно умерли дома с неясным генезом смерти (при обязательном исключении насильственной смерти), находились на учете территориальных поликлиник с подозрением на острую ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярное заболевание, новообразование, острое заболевание органов дыхания.

Доставка умерших амбулаторных больных в патологоанатомическое бюро (отделение) производится автотранспортом лечебно-профилактического учреждения.

Вместе с телом умершего должна направляться амбулаторная карта с углубленным эпикризом, с выводом основного клинического диагноза, осложнений, сопутствующей патологии и основной причины смерти. На лицевой стороне амбулаторной карты должна быть запись главного врача (заместителя) территориальной поликлиники "На вскрытие" и подпись. Это является заявкой для подразделений патологоанатомической службы на выполнение вскрытия.

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке вскрытия выкидышей массой тела от 500 г и более в сроке от 22 недель беременности независимо от живо - или мертворожденных, умерших феринатальном периоде

Вскрытию и регистрации в протоколе патологоанатомического исследования подлежат все умершие в лечебных учреждениях новорожденные, независимо от массы тела и длины, от того, сколько времени после рождения наблюдались у них проявления жизни, а также мертворожденные массой 1000 г и более и длиной тела свыше 30 см, выкидыши массой тела от 500 г и более в сроке свыше 22 недель беременности и независимо от живо - или мертворожденности. Случаи вскрытия выкидышей регистрируются в протоколе патолог сан а т с м и ч е с к о г о исследования, свидетельство с перинатальной смерти на них не оформляется. Послед направляется вместе с выкидышем и регистрируется как биопсийный материал. Результаты исследования посылаются в лечебное учреждение.

Главный врач родильного дома обеспечивает 100% вскрытие трупов мертворожденных и умерших новорожденных, доставку их в патологоанатомическое бюро (отделение) не позднее 12 часов после родов мертворожденного или смерти новорожденного. Умерший новорожденный направляется с историей развития новорожденного и клиническим эпикризом. Мертворожденный направляется в патологоанатомическое отделение с последом. На патологоанатомическое исследование направляются так^е последы от новорожденных, если у них есть симптомы внутриутробного заболевания, особенно если есть подозрение на внутриутробную инфекцию. Во всех случаях послед регистрируется как биопсийный материал.

Заведующий патологоанатомическим отделением обеспечивает 100% микроскопическое исследование материала вскрытия трупов новорожденных и последов.

Главный врач и заведующий патологоанатомическим отделением организуют необходимые вирусологическое и бактериологическое исследования материала вскрытия мертворожденных, умерших новорожденных и последов, используя для этого соответствующие лаборатории при данном лечебном учреждении или санэпидемстанции.

В случаях внезапной смерти детей, не состоявших на диспансерном учете, наступившей вне лечебного учреждения, их трупы подлежат судебно-медицинскому вскрытию. Патологоанатом может быть привлечен для , -консультативной помощи по договоренности с руководителем бюро судебно-медицинской экспертизы. В случае внезапной смерти детей, которые состояли на диспансерном учете, их трупы вскрываются патологоанатомами.

Для унификации оформления патологоанатомического диагноза перинатально умерших используются только результаты вскрытия трупов плодов и новорожденных

и патологоанатомического исследования последов. Клинические данные о материнской патологии в период беременности и родов в патологоанатомический диагноз не вносятся. Они обязательно фиксируются в патологоанатомическом эпикризе и в свидетельстве о смерти. Свидетельство о перинатальной смерти или предварительное перинатальное свидетельство о смерти, патологоанатомический диагноз и протокол (карта) патологоанатомического исследования оформляются патологоанатомом в день вскрытия.

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке организации и проведения кли-нико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях

Основные задачи клинико-патологоанатомических конференций:

а) повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений, повышение качества клинической диагностики и лечения больных путем общего обсуждения и анализа клинико-патоморфологических данных;

б) выявление причин и источников ошибок в диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков организационного характера", своевременности госпитализации, а также недостатков в работе вспомогательных служб (рентгенологической, лабораторной, функциональной диагностики и т. д. .).

На клинико-патологоанатомической конференции обсуждаются:

- все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- все наблюдения, которые представляют научно-практический интерес;
- случаи необычного течения заболеваний;
- случаи медикаментозных заболеваний и медикаментозного патоморфоза заболеваний;

- случаи смерти больных после хирургического, диагностического, терапевтического вмешательств, особенно тех больных, которые были

...ТЕРЯНО госпитализированы;

- острые инфекционные заболевания;
- случаи поздней диагностики, сложные для агностики заболевания, неясные случаи, которые требуют общего обсуждения.

На одной из конференций обсуждается доклад о работе за прошедший год начальника патологоанатомического бюро, заведующего патологоанатомическим отделением (заведующего детским патологоанатомическим отделением), в котором должны быть представлены сводные данные о летальности в больнице, анализ качества диагностики и недостатков медицинской помощи на всех этапах лечения больного.

Клинико-патологоанатомическая конференция должна установить категорию расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, руководствуясь при этом следующими положениями:

1 Заболевание не было распознано на предыдущих этапах, потому что в данном лечебном учреждении установление правильного диагноза было невозможным из-за тяжести состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности его пребывания в данном учреждении.

2 Заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, отсутствием необходимых и доступных исследований; при этом необходимо учесть, что правильная диагностика необязательно окончательно повлияла на исход заболевания, но правильный диагноз мог быть и должен был быть установлен.

3 Неправильная диагностика обусловила ошибочные лечебные действия, которые явились решающими в летальном исходе заболевания. Только 1 и 2-я категории расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов имеют непосредственное отношение к лечебному учреждению, где умер больной. 1-я категория расхождений диагнозов относится к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказывали медицинскую помощь больному в

ранние сроки заболевания и до госпитализации его в лечебно-профилактическое учреждение, в котором он умер. Обсуждение этой группы расхождений должно быть перенесено в эти лечебные учреждения или врачебный персонал последних должен присутствовать на конференции в лечебном учреждении, где больной умер.

На клиничко-патологоанатомических конференциях обязаны присутствовать все врачи данного лечебно-профилактического учреждения, а также врачи тех лечебно-профилактических учреждений, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах.

Клиничко-патологоанатомические конференции проводятся планоно, в рабочее время, не реже 1 раза в месяц.

В больших больницах, кроме общеврачебных конференций, должны проводиться клиничко-патологоанатомические конференции по, группам соответствующих профильных отделений.

Повестка дня очередной клиничко-патологоанатомической конференции доводится до сведения врачей лечебного учреждения не позднее чем за 7 суток до конференции. Подготовка клиничко-патологоанатомической конференции осуществляется заместителем главного врача по медицинской части и заведующим отделением патологоанатомического бюро (патологоанатомического отделения).

Отменять обсуждение случая, предложенного начальником патологоанатомического бюро, заведующий патологоанатомическим отделением и администрация лечебного учреждения не имеют права.

Для проведения клиничко-патологоанатомической конференции руководителем лечебного учреждения назначаются два сопредседателя (клиницист и начальник патологоанатомического бюро, заведующий патологоанатомическим отделением), а также оппонент из числа наиболее квалифицированных врачей (терапевт или педиатр, хирург, патологоанатом и др.).

" для ведения протокола конференции назначаются два постоянных секретаря из штата врачебного коллектива.

целесообразно ограничивать повестку дня конференции обсуждением одного наблюдения.

Случаи, которые подлежат обсуждению, докладываются лечащими врачами, патологоанатомом, который выполнял вскрытие умершего и анализировал по данным медицинской карты стационарного больного (для родильных домов - история родов, история развития новорожденного) качество обследования, ведение медицинской документации, а потом обсуждается участниками конференции, включая врачей другой специальности, которые принимали участие в диагностике заболевания.

Администрация лечебно-профилактического учреждения на основе материалов, выводов и предложений клиничко-патологоанатомической конференции разрабатывает и принимает меры по предупреждению и ликвидации недостатков, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больному.

При сопоставлении диагнозов учитывается диагноз, который записан на первой странице истории болезни. В клиническом и патологоанатомическом диагнозах должны быть четко выделены основное заболевание, осложнения и сопутствующие заболевания. Обязательно на титульном листе и в эпикризе истории болезни обозначается дата установления диагноза каждого заболевания и их осложнений.

Основным считается то заболевание, которое непосредственно или через осложнение, тесно связанное с ним, вызвало смерть больного. В соответствии с международной классификацией болезней (МКБ) в клиническом и патологоанатомическом диагнозах как основное заболевание должна фигурировать только соответствующая нозологическая единица. Клинический диагноз не может заменяться перечислением синдромов или симптомов заболевания. В патологоанатомическом диагнозе должна быть отражена анатомическая сущность заболевания.

При проведении клиничко-патологоанатомических конференций следует учитывать, что в современных условиях, особенно у лиц преклонного возраста, часто существуют одновременно два и более заболеваний, которые развиваются независимо одно от другого или находятся в сложных патогенетических взаимоотношениях.

Среди этих заболеваний нелегко, а достаточно часто и невозможно выделить основное. Такое положение вызвало необходимость ввести в диагностические обозначения следующие понятия и термины: "конкурирующее", "сочетанное", "фоновое" заболевания, "комбинированное основное заболевание". Размещение в

диагнозе и эпикризе выявленных заболеваний в соответствии с этими понятиями позволяет четко представить их взаимозависимость и влияние одного на другое,, а также значение каждого заболевания и их осложнений в генезе смерти; еще при этом можно судить и о целесообразности, полноценности и своевременности лечебно-диагностических мероприятий.

К осложнениям заболеваний относятся те патологические процессы, которые патогенетически непосредственно связаны с основным заболеванием, хотя в ряде случаев могут иметь иную этиологию (например: гнойный менингит при гнойном отите, перитонит при перфоративной язве желудка и др.).

В случаях, когда смерть наступила не от основного заболевания или осложнения, а от применения лечебных или даже диагностических процедур и манипуляций, в МКБ предусмотрены особые рубрики. Например, рубрики МКБ E938 (несчастные случаи и осложнения, которые возникают в хирургических и других видах лечения), N 980 - 979 (неблагоприятные осложнения, связанные с введением лекарств и других медикаментозных ве-

- 43 -

N 997 (специфические осложнения, связанные с некоторыми хирургическими вмешательствами) \ N 998 (другие осложнения вследствие медицинских вмешательств).

При обсуждении таких случаев на конференции возможны следующие варианты их анализа:

1 Медицинское мероприятие, вызвавшее смерть больного, было осуществлено по ошибочному диагнозу, в подобных случаях это мероприятие (оперативное, диагностическое вмешательство, реакция на медикаменты, лучевую энергию и др. > в диагнозе ставится на место основного заболевания в соответствии с рубриками МБЕ E930 - E936.

2 Медицинское мероприятие, которое вызвало смерть больного, было осуществлено в соответствии с определенными показаниями, но исполнено неправильно, что и привело к смерти больного (например: переливание крови иной группы, чем у больного; переливание чрезмерно охлажденной, гемолизированной крови; передозирование сильнодействующих средств, грубая ошибка при оперативном вмешательстве, проведении наркоза и др.

Подобные случаи обычно становятся предметом судебно-медицинской экспертизы. Как и в предыдущей категории, мероприятие, которое повлекло смерть больного, в диагнозе должно фигурировать на месте основного заболевания.

3 Медицинское мероприятие, которое обусловило смерть больного, было "адекватным", то есть применено на основе правильно установленных показаний и осуществлено правильно. Его неблагоприятное влияние было связано с индивидуальной непереносимостью или тяжестью состояния больного и запущенностью заболевания, которые невозможно было определить до этого. В подобных случаях мероприятие, которое повлекло смерть больного, хотя формально и может быть включено в одну из вышеперечисленных рубрик *МКБ, должно быть включено и в группу осложнений. Однако осложнения такого характера должны выделяться из общей массы выявленных осложнений основного заболевания, развившихся в результате естественного течения заболевания. Таким образом, при анализе необходимо различать две категории осложнений: "осложнения болезни" и "осложнения от лечения". В последнюю группу также должны включаться процессы, связанные с медицинскими мероприятиями, если они повлекли смерть больного.

В задачи клинико-патологоанатомических конференций также входит выявление причин расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов. Расхождением по основному клиническому и патологоанатомическому диагнозам считается несовпадение диагнозов:

- по нозологическому принципу, например, диагноз туберкулеза легких вместо рака легких;
- по этиологическому принципу, например, диагноз туберкулезного менингита вместо менингококкового;
- по локализации патологического процесса, например, диагноз рака желудка вместо рака поджелудочной железы.

При комбинированном основном заболевании отсутствие диагноза или ошибочный диагноз одного из заболеваний считается расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов.

Учитывая, что клинический диагноз должен быть не только правильным, но и своевременным все секционные наблюдения при совпадении клинического и

патологоанатомического диагнозов анализируются в отношении своевременности их установления: материалы этого анализа обсуждаются на клинко-патологоанатомических конференциях, приводятся в отчетах патологоанатомического отделения.

Источники и причины расхождений диагнозов могут быть объективными и субъективными. Объективные причины ошибочного диагноза обусловлены кратковременностью пребывания больного в медицинском учреждении; тяжестью и невозможностью обследования в связи с тяжелым состоянием; ^{ег°}ично⁰стью развития и течения процесса или недостаточным изучением заболевания. Субъективные причины ошибочной диагностики обусловлены уровнем подготовки и квалификации врача. При анализе этих двух категорий ошибок в каждом случае указывают и выделяют конкретные причины их происхождения (тяжелое состояние больного, ^{и^0}_{не} позволяет провести его обследование; атипичное или бессимптомное течение болезни; редко встречающееся заболевание; недостаточные лабораторные обследования; недостаточное внимание к анамнезу и др.-). Кратковременным пребыванием больного условно считается пребывание его в лечебном учреждении менее 24 часов.

Анализируя случаи, в которых имеет место совпадение диагнозов, следует выделить те из них, когда основное заболевание и смертельное осложнение были распознаны поздно, что обусловило несвоевременность проведения рационального лечения и повлекло летальный исход.

Таким образом, исходя из задач, которые стоят перед клинко-патологоанатомическими конференциями, необходимо, чтобы анализ допущенных ошибок был принципиальным, выступления не носили характера обвинения в адрес отдельных лиц, допустивших те или иные ошибки. Польза для больного и повышение врачебной квалификации должны быть основной целью проведения клинко-патологоанатомического сопоставления.

ПОЛОЖЕНИЕ о проведении клинко-анатомического анализа смертельных исходов

Клинко-анатомический анализ является методом познания обстоятельств возникновения заболеваний, особенностей их течения, а также непосредственных причин и механизмов наступления смерти.

Главным методологическим условием проведения клинко-анатомического анализа является соблюдение принципов единства морфологических и функциональных изменений. При этом на основе изучения клинических данных о жалобах больного, характере симптомов, имевших место при жизни, физикальных, клинко-лабораторных и других данных в их сопоставлении с патологоанатомическими!! изменениями патологоанатом выявляет степень соответствия клинических проявлений болезни их морфологическим и функциональным изменениям.

1 Порядок сравнения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Результаты клинко-анатомического анализа, который проводится совместно патологоанатомом и клиницистом, находят свое отражение в клинко-патологоанатомическом эпикризе, акте комиссии по изучению смертельных исходов (ЛЕК) и в протоколе патологоанатомической конференции.

Расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию считаются:

случаи, когда неправильно установлена нозологическая форма заболевания (например, при хроническом гломерулонефрите выставлен диагноз хронического пиелонефрита), неправильно указана локализация процесса (например, при раке желудка - рак яичника или при раке левого легкого -рак правого легкого) или в клиническом диагнозе указание на нее отсутствует (например, при раке прямой кишки установлен диагноз опухоли брюшной полости);

случаи, когда неправильно установлена этиология заболевания (например, при В-12 фолиево-дефицитной анемии установлен диагноз железодефицитной анемии и др.);

случаи, когда вместо основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе указан лишь

мptom или синдром (например, ж желтуха, уремия, кровоизлияние в головной мозг, объемный Про-

^{Ц°}случаи, когда выявлено только одно из конкурирующих или сочетанных заболеваний;

случаи, , когда порядок рубрики в клиническом диагнозе нарушен (например, основное заболевание поставлено не на первом, а на втором или третьем месте), соответственно неправильно проведено и шифрование основного заболевания.

Не считаются расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию:

случаи, когда не распознано фоновое заболевание ;

случаи гипердиагностики конкурирующих, фоновых, сочетанных заболеваний и осложнений, если в результате проведенных в связи с гипердиагностикой лечебных мероприятий не было причинено вреда больному;

случаи, когда неправильно распознана локализация патологического процесса в пределах одного органа в неспециализированных отделениях (например, если при опухоли в левой височной области она будет, выявлена в теменной области или инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка сердца окажется инфарктом передней его стенки и др.).

При сравнении клинического и патологоанатомического диагнозов по другим рубрикам в патологоанатомическом эпикризе учитываются нераспознанные или гипердиагностированные осложнения и сопутствующие заболевания. При этом оценивается и учитывается также своевременность диагностики смертельного осложнения и т. п.

В случае выявления грубых недостатков в лечебно-диагностической работе начальник патологоанатомического отделения обязан доложить о них главному врачу лечебно-профилактического Учреждения.

2 Организация и порядок работы лечебно-контрольной комиссии (ЛЕК).

Лечебно-контрольная комиссия (ЛКК, далее комиссия) предназначена для всестороннего и квалифицированного выяснения обстоятельств и особенностей течения заболевания, непосредственной причины и механизма наступления смерти, недостатков оказания медицинской помощи больным, которые умерли в данном лечебном учреждении, а также в поликлинике, на дому, в районе, который обслуживается этим лечебным учреждением.

Ответственным за организацию и состояние работы комиссии является главный врач лечебного учреждения, ежегодным приказом которого назначается состав комиссии. Председателем комиссии, как правило, назначается заместитель главного врача по медицинской части, постоянными членами

главные медицинские специалисты, заведующие отделениями, заведующий отделением патологоанатомического бюро или патологоанатомическим отделением и один из ординаторов - клиницистов как секретарь. Окончательный состав комиссии устанавливается в оперативном порядке в зависимости от характера заболевания умершего при участии патологоанатома или врача, который производил вскрытие. Врачей, которые принимали участие в лечении больного, членами комиссии назначать нельзя. Председатель комиссии обязан изучить всю необходимую документацию, которая относится к данному случаю смерти (историю болезни, выписку из протокола патологоанатомического исследования умершего и др. материалы), и назначить рецензента из наиболее квалифицированных врачей лечебно-профилактического учреждения. При необходимости запрашиваются материалы из других лечебных учреждений, где ранее лечился больной.

Заседание комиссии назначается в срок не позднее 15 суток после смерти больного.

На заседании комиссии краткие доклады лечащего врача, патологоанатома и рецензента заслушаются, если имели место недостатки на догоспитальном этапе. Протокол заседания ведет секретарь.

Лечащий врач обязан обосновать поставленный больному диагноз, используя для этого результаты обследования, доложить, как развивалось заболевание, когда и по какой причине появились осложнения, какие в связи с этим принимались конкретные меры и их результаты.

Патологоанатом докладывает комиссии патологоанатомический диагноз и эпикриз, проводит сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов по всем рубрикам, сообщает сведения о выявленных недостатках в оказании медицинской помощи и их причинах.

Рецензент на основе изученной медицинской документации докладывает и представляет комиссии письменный вывод о своевременности госпитализации больного, полноте его обследования, правильности лечения на догоспитальном этапе и в госпитальный период.

Сравнивая клинические и патологоанатомические данные, рецензент устанавливает конкретные причины допущенных ошибок, предлагает меры для

предупреждения их в будущем. В случае расхождения мнений патологоанатома и лечащего врача рецензент обосновывает одну из них или предлагает свою, используя для этого данные научной литературы. Он определяет зависимость ошибок лечащего врача от всей системы организации лечебно-диагностической работы в лечебном учреждении, отделении.

Комиссия обязана выяснить обстоятельства возникновения заболевания (травмы), особенности его течения, танатогенеза, определить качество оказания медицинской помощи, разработать конкретные практические меры для устранения и предупреждения выявленных недостатков.

При анализе медицинской помощи на догоспитальном этапе комиссия устанавливает:

- состояние активного выявления больных и своевременность первичного обращения больного за медицинской помощью;
- полноценность обследования в поликлинике, качество и своевременность диагностики, правильность лечения;
- своевременность госпитализации;
- правильность транспортировки больного в лечебное учреждение;
- качество углубленных медицинских обследований и диспансерного наблюдения за больным.

При анализе медицинской помощи в госпитальный период комиссия устанавливает:

- полноту, обоснованность и своевременность обследования больного в лечебном учреждении;
- своевременность заключительного диагноза заболевания, его полноту и правильность;
- обоснованность лечебных назначений и оперативных вмешательств;
- правильность выполнения лечебных процедур и хирургических операций;
- адекватность послеоперационного ведения больного;
- соблюдение последовательности в диагностике и лечении больного на всех этапах госпитализации.

Качество ведения медицинской документации комиссией оценивается в соответствии с каждым этапом госпитализации. При этом обращается внимание на профессиональную грамотность врачебных записей, полноту отображения жалоб, анамнестических сведений, данных объективного обследования, наличие записей обходов заведующего отделением, других должностных лиц; предоперационных эпикризов, послеоперационных диагнозов; состояние ведения наркотных карт и карт интенсивной терапии.

По окончании работы комиссия составляет акт, который подписывается всем составом комиссии.

В случае выявления комиссией недостатков в оказании медицинской помощи в акте в обязательном порядке указывается: суть и характер **недостатков, где они** Допущены, фамилии и инициалы врачей, допустивших недостатки, в какой мере недостатки медицинской помощи предопределили смертельный исход, а также конкретные практические рекомендации комиссии по устранению и предупреждению выявленных недостатков в лечебно-профилактической работе больницы.

При выявлении комиссией недостатков в оказании* медицинской помощи, допущенных врачами других лечебных учреждений .председатель комиссии в обязательном порядке направляет в адрес соответствующего главного врача выписку из акта комиссии.

В случаях расхождения мнений членов .комиссии назначается время повторного рассмотрения смертельного случая комиссией при участии главных специалистов областного, городского отделов органов здравоохранения.

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке исследования биопсийного и операционного материалов (патогистологические исследования)

Патогистологическому исследованию подлежат все диагностические биопсии, все органы и ткани, удаленные при хирургических вмешательствах, а также последы, выскабливания при абортах, проведенных в отделениях данного лечебно-профилактического учреждения и прикрепленных к нему лечебных учреждениях.

Патогистологические исследования проводятся с целью уточнения и подтверждения клинического диагноза, установления диагноза в клинически неясных случаях, для выявления начальных стадий заболевания, распознавания разных по форме и происхождению воспалительных, гиперпластических и опухолевых процессов. Исследование биопсийного и операционного материалов позволяет судить о радикальности операции, динамике патологического процесса, об изменениях, возникших в тканях, или новообразованиях под влиянием лечения.

Объекты, подлежащие исследованию, доставляются немедленно в патологоанатомическое бюро (отделение), чтобы обеспечить своевременность выводов. Запрещается накапливать биопсийно-операционный материал (в том числе выскабливания) в операционных. Операционный материал должен быть тщательно маркирован: фамилия, инициалы больного, номер истории болезни. Этикетка наклеивается на банку с объектом, который подлежит исследованию. При помещении в одну посуду нескольких объектов от разных больных каждый из них отдельно завязывается в марлю с прикрепленной биркой из твердой бумаги, не размокающей в жидкости, на которой простым карандашом должна быть написана фамилия больного, его инициалы.

Доставленный из клинического отделения объект, непригодный для исследования (подсохший, загнивший, замороженный), не принимается, о чем немедленно сообщается заведующему отделением. На каждый материал заполняется специальный бланк - направление на исследование, который доставляется в патологоанатомическое бюро (отделение). Все графы бланка должны быть - заполнены врачом - клиницистом таким образом, чтобы патологоанатом, который проводит исследование, имел достаточное количество клинических сведений при оценке выявленных морфологических изменений. Кроме клиники заболевания, на бланке должны быть указаны также краткие данные анамнеза и проведенного лечения (общее количество введенных цитостатических и гормональных препаратов, характер лучевой терапии и др.), а также макроскопическое описание препарата.

Если бланк - направление заполнен некачественно и в нем отсутствуют необходимые данные, заведующий отделением патологоанатомического бюро сообщает об этом заведующему клиническим удалением, откуда доставлен материал, при **ПОВТОРНЫХ** случаях докладывает главному врачу (директору института) или его заместителю по лечебной работе.

Категорически запрещается биопсийный и операционный материалы делить на части и отправлять в разные патологоанатомические лаборатории. В таких случаях морфологические изменения, характерные для данного процесса (рак, туберкулез и др.), могут проявиться в одной части объекта, соответственно и результаты будут разными. Это может дезориентировать лечащего врача и принести вред больному.

Ответственность за доставку несет врач, который назначил исследование. Материал доставляют в патологоанатомическое бюро (отделение) работники клинического отделения. Если из-за определенных причин отправить материал немедленно после операции невозможно, то хирург, который делал операцию, обеспечивает его правильную фиксацию (в 10% растворе формалина) и сохранение. Если больной умер во время операции или сразу после нее, в патологоанатомическое бюро (отделение) доставляются удаленные во время операции органы вместе с трупом.

Персонал патологоанатомического бюро (отделения), лаборатории несет личную ответственность за правильный прием, регистрацию и сохранение принятого и обработанного материала.

Лаборант патологоанатомического бюро, патологоанатомического отделения, принимая материал, поступивший в лабораторию вместе с бланком - направлением, проверяет правильность и полноту заполнения всех граф и соответствие полученного материала указанному бланку.

Регистрация биопсий и операционного материала проводится лаборантом.

1-й вариант регистрации: книга регистрации заводится на каждый календарный год, имеет такие графы: N по порядку (нумерацию исследований каждый год начинают заново, номера отвечают количеству вырезанных из объекта кусочков); дата поступления и дата исследования материала, фамилия, имя и отчество больного, возраст, номер истории болезни, объект исследования, приблизительный клинический диагноз, необходимые клинические сведения о больном, гистологическое описание препарата и клинический диагноз, расписка о получении заключения.

2-й вариант регистрации: паспортные данные заносятся в чистый бланк, на котором также указывается соответствующий номер исследования. Результаты макроскопического и микроскопического исследований записывают под копирку. В лечебное учреждение отсылается копия заключения, а оригинал бланка, полученный вместе с материалом, подшивается и остается в лаборатории. Таким образом, в лаборатории хранятся все клинические сведения о больном, это обеспечивает более четкую документацию и возможность обобщения результатов биопсийной работы; целесообразно заполнять все графы бланка в патологоанатомическом отделении на печатной машинке.

Макроскопическое исследование материала, выбор методов его обработки, способов исследования и необходимых видов окрашивания проводит соответственно врач-патологоанатом. Поручать эту работу лаборанту запрещается.

Каждому исследованию (блок, кусочек) присваивается очередной порядковый номер, который записывается на бирке, помещаемой в посуду с исследуемым материалом, на блоке при заливке в парафин или целлоидин и проставляется на гистологических препаратах. Под номером исследования на предметных стеклах через дробь проставляются две последние цифры календарного года исследования.

Исследование доставленных кусочков ткани необходимо заканчивать, в сроки:

а) для срочных биопсий - не позднее 20 - 25 минут от момента получения материала;

б) для диагностических биопсий и операционной

материала - на протяжении 4-5 суток. Срок обработки костной ткани и биопсий, требующих добавочных методов окраски или консультации высококвалифицированных специалистов, может быть продлен.

Копии бланков с результатами гистологического "исследования пересылаются в клинические отделения (под расписку) и должны быть помещены в историю болезни.

Архивные гистологические препараты и книги регистрации рекомендуется сохранять на протяжении всего времени существования патологоанатомического бюро (отделения). В зависимости от местных условий гистологические препараты червеобразных отростков, грыжевых мешков, миндалин, выскабливаний из полости матки после неполного аборта сохраняются один год и после окончания срока могут быть уничтожены. Гистологические препараты доброкачественных и злокачественных опухолей, опухолеобразных процессов с подозрением на опухолевый рост и специфическое воспаление сохраняются постоянно. Целлоидиновые блоки сохраняются в банках в 70% растворе спирта, на которых должна быть этикетка с указанными номерами и годом исследования. Для длительного хранения материала, залитого в целлоидин, последний вынимается из блоков, нанизывается на нитку вместе с бирками, на которых указываются номер и год исследования, и помещается в 70% раствор спирта. Парафиновые блоки с соответствующей маркировкой сохраняются в условиях, задерживающих высыхание (полиэтиленовые мешочки, парафинирование срезанной поверхности). Макропрепараты или кусочки из них сохраняются в 10% растворе формалина на протяжении всего времени существования лаборатории, если есть условия.

Гистологические препараты, при необходимости - архивный материал, могут быть выданы больному, его родственникам или медицинскому персоналу для консультации в другом лечебном учреждении при наличии официального письменного запроса из этого учреждения. Соответствующее обращение с запросом включается в книгу регистрации гистологических исследований (в соответствии с номером препарата), а после возвращения препаратов перечеркивается. Лечебное учреждение, которому выданы препараты, обязано вернуть их в патологоанатомическое бюро (отделение).

При проведении патологоанатомических исследований рекомендуется следующее количество исследуемого материала:

1 Рак тела матки (саркома матки и др.): опухоль - 1-4; граница опухоли с неизменными тканями - 2; шейка матки - 1; печень - 2; две трубы - 2; лимфатические узлы клетчатки параметрия - 3; миоматозные узлы (если они есть) - 2, всего 11-14 кусочков.

2 Рак шейки матки: опухоль шейки - 1; из тела матки - 1; два яичника - 2; две трубы - 2; лимфатические узлы клетчатки параметрия - 3; миоматозные узлы (если они есть) - 2, всего 11-15 кусочков.

3 Доброкачественные процессы в матке (миомы, эндометриоз и др.): матка - 2-4; трубы - 2; яичники - 2; параовариальные кисты - 1, всего 3-12 кусочков.

4 Опухоль желудка: из опухоли - 1-4; граница опухоли с неизмененными тканями - 1-2; линии отсечения (верхняя и нижняя) - 2; регионарные лимфатические узлы - 1-3, всего 8-14 кусочков.

5 Язва желудка: язва-край, дно - 1-3; стенки желудка - 3; из примыкающих участков - 1-2; регионарные лимфатические узлы - 3, всего 5-9 кусочков.

8 Молочная железа: опухоль - 1-4; граница опухоли с неизмененными тканями - 1-2; ткань молочной железы и примыкающих участков - 2-3; лимфатические узлы (по группам) - 3,, всего 7-14 кусочков.

7 Опухоли мягких тканей: опухоль - 2-8; граница опухоли с прилежащими тканями - 1-3,

*_{не}-о 3-9 кусочков.

3 Легкие (опухоль): опухоль - 1-5; граница _{оли} с неизмененными тканями - 3; ткань лег-**и-з** прилежащих участков - 2-3; регионарные лимфатические узлы - 3, всего 8-15 кусочков.

9 Легкие (гнойные процессы): от 3 до 9 кусочков.

10 Кишка с лимфатическими узлами: от 3 до 6 кусочков.

11 Пищевод: кусочки, взятые при эзофагоско- все.

пии, 12 Удаленный пищевод с лимфатическими узлами: 3-5 кусочков.

13 Щитовидная железа: из каждой части - 1-2 кусочка, при узловых зобах - 1-2 из каждого узла; лимфатические узлы - 1-3 кусочка, всего 8-10 кусочков.

14 Опухоли яичников (при удалении матки с трубами): кусочки из опухоли - 2-3; маточные трубы - 1-2; из эндометрия - 2-3; миоматозные узлы (если они есть) - 2-3, всего 8-13 кусочков.

15 Гортань (опухоль): из опухоли - 2; лимфатические узлы - 2, всего 2-5 кусочков.

16 Предстательная железа: из каждого узла -1-2 или все кусочки в виде выскабливания при заборе материала методом трансуретральной электрорезекции.

17 Червеобразный отросток исследуется или полностью путем изготовления "рулонов", или вырезается 1-3 кусочка из наиболее измененных мест и с участка, отдаленного от зоны патологического процесса.

18 Миндалины и лимфатические узлы, кусочки шейки матки, полипы и др. ткани: исследуется каждый кусочек отдельно.

19 Маточные трубы при внематочной беременности: 1~3 кусочка или больше.

20 Желчный пузырь: 2-3 кусочка из стенки или опухоли; при наличии лимфатических узлов - 3, всего 2- 8 кусочков.

Из других органов и тканей: вырезаются 2-3 кусочка из опухоли или участка, пораженного патологическим процессом; 1-2 кусочка из ткани, окружающей патологический процесс; при одновременном удалении лимфатических узлов исследуется не менее 3 лимфатических узлов при отсутствии в них макроскопических признаков опухоли.

Материал выскабливания, в том числе при гинекологических исследованиях, аспирационных и других видах биопсий, трепанобиопсиях, исследуется полностью.

Порядок подготовки биопсийного, операционного та секционного материалов к гистологическому исследованию:

1 Опухоли кожи разрезаются и вырезаются так, чтобы при осмотре гистологического препарата была возможность оценивать характер изменений в центре и на периферии опухоли и в прилежащих участках.

2 Легкие перед исследованием фиксируются на протяжении суток путем введения фиксаторов в бронх под давлением из кружки Эсмарха, поднятой на 25 см над уровнем стола. Сверху легкое также заливается фиксатором и накрывается марлей или ватой. При опухолях разрезы проводят вдоль зонда, введенного в бронх. Гистологическому исследованию подлежат не только участки опухоли, но и прилежащие стенки бронхов и легочной паренхимы, а также лимфатические узлы корня легкого.

3 Фиксация гортани проводится в раскрытом виде. Для исследования вырезаются пластинки вдоль гортани с патологическим очагом и смежной слизистой оболочкой.

Органы желудочно-кишечного тракта фиксируются после продольного вскрытия и расправления на картоне. Описываются патологические очаговые изменения и

состояние слизистой оболочки. В кусочках язвы желудка целенаправленно ведутся поиски ее малигнизации, для чего необходимо исследовать большое количество гистологических срезов.

5 червеобразный отросток разрезается вдоль или поперек в измененных местах, исследуется содержимое и измененные участки стенки. "б" оперативно удаленные яички или их придатки рассекаются для фиксации продольными разрезами.

7 предстательная железа рассекается для фиксации поперечными разрезами и для гистологического исследования берутся кусочки, захватывая стенки мочеиспускательного канала и капсулы железы. При наличии опухолевых узлов (участков гиперплазии) из них высекаются кусочки вместе с участками прилежащей ткани железы.

8 Участки секторальной резекции молочной железы после прощупывания разрезаются и осматриваются. Описываются размеры, плотность узлов, содержимое и состояние стенок кист. Гистологическому исследованию подлежат участки узлов с мраморными узорами и стенки кист. В каждом случае вырезается несколько кусочков из патологического очага. При тотальной резекции молочной железы ее отсепарируют от мышц, несколько раз рассекают параллельными разрезами, перпендикулярными к коже. Также рассекается клетчатка, в которой исследуются лимфатические узлы.

9 При экстирпации матки с придатками исследуются все удаленные органы, включая яичники, трубы, маточные связки, независимо от наличия или отсутствия в них патологических изменений. Матка вскрывается Т-образным разрезом спереди. При этом измеряется размер матки, длина шейного канала, толщина слизистой и мышечной оболочек. Шейка матки рассекается и исследуется параллельно цервикальному каналу. При подозрении на злокачественную опухоль исследуются все выявленные узлы независимо от их количества. Материал электрокоагуляции шейки матки исследуется целиком.

Кистозные опухоли яичников рассекаются, в их стенках находят остатки яичника, которые обязательно исследуются вместе со стенкой **кисть!** в участках ее уплотнений или ворсинчатых разрастаний.

Дермоидные кисты фиксируются без вскрытия. После освобождения от содержимого исследуется головка кисты. В тератомах гистологическому исследованию подлежат не менее 4-5 кусочков для определения характера возможных тканевых дифференцировок.

10 Гипофиз для фиксации рассекают по сагиттальной линии на две половины. Одну из них подвергают гистологическому исследованию так, чтобы в срезе попали передняя и задняя доли, воронка гипофиза. Другая половина рассекается на две равные части вдоль фронтальной линии, по которой готовятся срезы для микроскопического исследования.

11 Щитовидная железа фиксируется разрезанной по длине на пластины толщиной 0,5 см с сохранением связи между ними или целой. Для гистологического исследования берутся:

а) при диффузных зобах и тиреоидитах - кусочки из каждой доли и перешейка, а также из любых очагов фиброза и мозаичного строения;

б) при узловых - из всех узлов, обязательно с капсулой и прилежащей тканью, в частности, вырезаются все зоны уплотнения.

12 Надпочечники фиксируются рассеченными вдоль на пластины длиной 0,2 - 0,3 см с сохранением связи между ними. Для исследования высекаются кусочки в области ворот; они должны обязательно иметь корковое и мозговое вещество. При наличии опухоли она высекается вместе с прилежащей тканью.

Поджелудочная железа фиксируется рассеченной по длине на пластины толщиной 0,5 см с сохранением связи между ними. Для гистологического исследования берутся кусочки из центра и ^границе с прилежащей тканью.

14 Для исследования печени и селезенки вырезаются пластинки ткани толщиной 0,5 см по длине **органа**, и после фиксации берутся кусочки и области ворот и вблизи капсулы. При наличии патологических очагов кусочки из них вырезаются вместе с прилежащей тканью.

15 Лимфатические узлы перед фиксацией рассекаются вдоль большого размера. Материал для исследования берется из области ворот, центра узла и периферии с капсулой.

18 Удаленные кусочки головного мозга разрезаются на пластинки толщиной 0,5 см. После фиксации вырезаются кусочки из патологически измененных участков на границе их с неизмененными тканями.

17 Для исследования костей выпиливаются пластины толщиной 0,5 - 0,7 см, которые затем подвергаются декальцинации. Распиливание проводится с учетом патологических очагов (узлов опухоли) и прилежащей неизмененной костной ткани. Мягкотканевый компонент опухоли исследуется без декальцинации.

Приложение

ПОЛОЖЕНИЕ

о патологоанатомическом исследовании умерших

1 Порядок оформления медицинской документации на умерших в лечебно-профилактическом учреждении.

Установление факта наступления биологической смерти больного производится в лечебном учреждении дежурным или лечащим врачом, о чем в истории болезни делается соответствующая запись с отметкой времени смерти в часах и минутах.

К телу умершего прикрепляется бирка с указанием следующих данных: отделение, фамилия, имя и отчество умершего, год рождения и дата, смерти, основной клинический диагноз. Труп без задержки доставляется в морг или прохладное помещение, выделенное для хранения трупов, с температурой 0 - + 4 С. Повязки, дренажи и интубационная и трахеостомическая трубки, катетеры остаются на месте.

Сразу же после наступления смерти больного лечащий врач составляет посмертный клинический диагноз, эпикриз. В посмертном клиническом эпикризе должны быть освещены следующие вопросы: .

дата начала заболевания и жалобы больного;

дата первичного обращения за медицинской помощью с указанием, куда и к кому обращался больной, какую получил помощь;

дата и место первичной госпитализации, наименование всех лечебных учреждений, где в дальнейшем обследовался или получал лечение больной, содержание диагностических и лечебных мероприятий;

обобщенная характеристика течения заболевания за время пребывания в каждом лечебном учреждении;

дата госпитализации в данное лечебное учреждение, диагноз при поступлении, предварительный диагноз, заключительный диагноз, даты их установления, содержание проведенных лечебных мероприятий (при проведении операции - название операции, длительность, вид наркоза);

дата появления*и характер симптомов осложнений, дата их распознавания, предпринятые меры;

клиническая характеристика терминального состояния, содержание реанимационных мероприятий;

время установления биологической смерти в часах и минутах.

Заключительный клинический диагноз является медицинским заключением о характере заболевания, имевшегося у больного, о непосредственной ^{ине} и механизме наступления смерти. ^{II} он должен быть патогенетически обоснован, отвечать клиническим факторам.

Оформленная история болезни умершего подписывается лечащим врачом, заведующим отделением.

2 Порядок патологоанатомического исследования больного.

Срочное вскрытие трупа разрешается сразу же после установления биологической смерти больного плановое патологоанатомическое вскрытие умерших проводится в часы, установленные распорядком работы патологоанатомического бюро (отделения).

История болезни подается в патологоанатомическое бюро (отделение) в ближайшее время после смерти больного (при наступлении смерти после 12. 00 она должна быть доставлена не позднее 9 часов следующего дня).

Прием и регистрация тел умерших проводится санитаром патологоанатомического бюро (отделения), который проверяет наличие бирки на трупе, наличие признаков его гниения, наличие зубных протезов из цветного металла и ценных вещей, о чем делает отметку в книге регистрации приема и выдачи тел умерших и докладывает заведующему отделением.

Патологоанатом начинает работу по плановому патологоанатомическому исследованию трупа только после изучения истории болезни и другой медицинской документации умершего.

При патологоанатомическом вскрытии обязаны присутствовать заведующий отделением и лечащий врач. Разрешается присутствие других врачей лечебного учреждения.

Перед началом патологоанатомического вскрытия проводится осмотр трупа с оценкой состояния кожных покровов, видимых слизистых оболочек, определение массы тела и его длины. Патологоанатомическое вскрытие должно быть полным, с исследованием всех полостей тела и внутренних органов, а при необходимости – позвоночного канала, костного мозга трубчатых костей, периферических сосудов и нервов, вегетативных нервных узлов. Как основной метод патологоанатомического вскрытия необходимо применять способ полной эвисцерации (по Шору).

После завершения патологоанатомического вскрытия патологоанатом оформляет врачебное свидетельство о смерти по форме N 10.8/у – 84.

Гистологическое исследование органов и тканей проводится во всех случаях. Для этого во время вскрытия забираются кусочки органов и тканей и помещаются в фиксирующий раствор.

При необходимости гистологическое исследование может проводиться во время вскрытия путем приготовления препаратов на замораживающем микротоме или криостате. Из материала, взятого для гистологического исследования, вырезаются кусочки, которые после регистрации в книге учета работы лаборанта с секционным материалом подвергаются дальнейшей обработке. Остаток материала сохраняется в 10% растворе нейтрального формалина до окончания всех исследований, после чего по распоряжению врача уничтожается в установленном порядке. Гистологическое исследование органов трупа должно быть закончено не позднее 5 суток после вскрытия.

Для уточнения характера заболевания, его этиологии и патогенеза, механизмов наступления смерти следует шире использовать бактериологические, вирусологические, серологические, цитологические, иммуноферментные и другие методы исследования. Забор материала проводится в соответствии с инструкцией по забору материала из трупа для бактериологического, биохимического, биофизического, вирусологического исследований.

Патологоанатомическое исследование умерших проводится непосредственно после установления факта биологической смерти, но не позднее одних суток с момента смерти.

Вскрытие трупов лиц, которые умерли от острых инфекционных заболеваний или при подозрении, проводится, по возможности, в первые часы после наступления смерти, желательно в присутствии специалиста противозидемического Учреждения, который забирает материал для бактериологического и вирусологического исследований. Наиболее надежные результаты обеспечивают бактериологические и вирусологические исследования, проведенные в первые 8 – 8 часов, после наступления смерти, как исключение – в первые 24 часа после смерти.

Жидкости, которые вытекают при вскрытии трупов лиц, умерших от острых инфекционных заболеваний, и сточные воды собираются в посуду с дезинфицирующими растворами (например, хлорной извести), выдерживаются в нем не менее – 2 часов, после чего сливаются в канализационную сеть.

После окончания вскрытия трупов лиц, умерших от острых инфекционных заболеваний, перед зашиванием выполненных на трупе разрезов органы и полости его обрабатываются дезинфицирующим раствором (например, раствором карболовой кислоты или хлорамина). В полость трупа закладывается ветошь, смоченная дезинфицирующим раствором. Труп обмывается 1% раствором хлорамина. Секционный стол тщательно моется дезинфицирующим раствором, инструменты стерилизуются, белье, которое использовалось при вскрытии (халаты, простыни), дезинфицируется.

3 Документация патологоанатомических исследований умерших.

В каждом случае патологоанатомического исследования в обязательном порядке составляется протокол патологоанатомического исследования, включающий в себя следующие разделы:

паспортная часть с кодовым столбиком и перечнем вопросов для статистической обработки на ЭВМ;

клинический эпикриз; клинический диагноз; текст протокола вскрытия;
данные гистологического исследования;
патологоанатомический диагноз;

п а т о л о г с а н а т о м и ч е с к и й э п и к р и з .

Паспортная часть протокола патологоанатомического исследования заполняется на основании истории болезни умершего. В ней указываются:

фамилия, имя и отчество умершего, его возраст, лечебное учреждение, в котором он умер, название отделения. Для использования электронно-вычислительной техники при анализе данных патологоанатомических исследований в правой части титульного листа протокола патологоанатомического исследования размещен кодовый столбик, который нужно заполнять.

Клинический эпикриз протокола патологоанатомического исследования составляется патологоанатомом в лаконичной форме. Особое внимание уделяется отражению данных о своевременности распознавания болезни и первичной госпитализации больного.

В случае смерти от острых хирургических заболеваний (кишечная непроходимость, аппендицит, перфоративная язва желудка и др.), острых инфекционных и других заболеваний, при которых необходима немедленная госпитализация больного и неотложная операция, кроме даты, указывается время начала заболевания, обращения к врачу, госпитализации и оперативного вмешательства.

В клиническом эпикризе указываются результаты специальных исследований, что характеризует течение основного заболевания (лабораторные и биохимические исследования крови, мочи, костного мозга, рентгенологические исследования, серологические реакции, показатели кровяного давления) в объеме, необходимом для подтверждения (или исключения) данной нозологической формы заболевания. В конце клинического эпикриза указываются суммарные дозы применявшихся антибиотиков, гормонов, количество перелитой крови и кровезаменителей.

В случае наступления смерти в раннем послеоперационном периоде в клиническом эпикризе протокола патологоанатомического исследования **приводятся** подробные данные, относящиеся к про-врденной операции и ведению больного в послеоперационном периоде. При этом на отдельном листе графически (по часам и минутам) отмечаются показатели гемодинамики и дыхания, содержание и объем инфузионной терапии.

В текстовой части протокола патологоанатомического исследования подробно, последовательно и объективно излагаются все изменения, которые были выявлены при вскрытии трупа. Сначала описываются тип телосложения, цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, указываются рост и масса тела. При наличии операционных рубцов указывается их длина, направление в соответствии с анатомическими областями, внешний вид, а также наличие в них катетеров, выпускников и др. При описании полостей трупа отмечаются расположение внутренних органов, наличие в полостях содержимого и его вид, состояние серозных оболочек. Описание внутренних органов следует проводить по системам в такой последовательности: головной мозг и спинной мозг, органы дыхания, органы кровообращения, органы кроветворения, костно-мышечная система.

Патологические изменения внутренних органов и тканей описываются объективно, без навязывания личного мнения патологоанатома, пользуясь общепринятыми единицами и разновидностями цветов, избегая сравнений с размером и цветом тех или иных предметов. При этом не следует применять диагностическую терминологию (пневмония, нефрит и др.) и сокращение слов. Описывать изменения необходимо, не допуская возможности противоречивых трактований.

При описании неизмененных внутренних органов указываются только их размеры, масса и отмечается отсутствие видимых патологических изменений. Если какие-то органы не исследуются, указывают причину.

В случаях смерти больных после операции, сопровождавшихся удалением тех или иных органов или тканей, в протоколе вскрытия дается детальное описание операционного материала и области оперативного, вмешательства, анатомической взаимосвязи, органов и тканей, появившейся после операции, состояние анастомозов, культы полостных органов и др.

Текстовая часть протокола патологоанатомического исследования заканчивается перечислением материалов, взятых из трупа для проведения гистологического, бактериологического, бактериоскопического и других исследований.

В конце протокола указывается должность, фамилия и инициалы всех должностных лиц лечебного учреждения, присутствовавших во время вскрытия.

Патологоанатомическое исследование заканчивается формулировкой патологоанатомического диагноза и составлением патологоанатомического эпикриза с выделением непосредственной причины и механизмов смерти, сравнением клинического и патологоанатомического диагнозов, установлением характера, и причин недостатков в оказании медицинской помощи.

Патологоанатомический диагноз формулируется по идеологическому принципу, в патогенетической последовательности, с выделением следующих рубрик:

- основное заболевание;
- осложнения основного заболевания;
- реанимационные мероприятия;
- сопутствующие заболевания и их осложнения.

В качестве основного заболевания следует указать нозологическую единицу, которая в соответствии с классификацией и номенклатурой болезней сама по себе или вследствие ее осложнения стала причиной смерти. Эквивалентом нозологической единицы являются такие медицинские мероприятия: хирургические вмешательства, диагностические и лечебные, врачебно-медицинские

^ан.птляции, которые обусловили летальный исход вследствие побочных реакции или осложнения,

взвившихся во время этих мероприятий и ставших **Личиной** смерти.

Если У больного, госпитализированного с одним заболеванием, в стационаре возникло новое (**как** правило, острое), которое **вызвало** смерть само **по** себе или в результате своего осложнения, то это заболевание следует считать основным.

Если у больного было несколько заболеваний, которые находились между собой в этиопатогенетической связи или развивались независимо одно от другого, но повлияли через патофизиологические механизмы на возникновение летального исхода, они указываются в рубрике основного заболевания, которое при этом называется комбинированным. Комбинированное основное заболевание может включать:

- два и больше самостоятельных конкурирующих заболеваний;
- два и больше самостоятельных сопутствующих заболеваний;
- два заболевания, когда одно является поздним последствием другого ("вторая болезнь").

В указанных случаях каждая нозологическая единица в рубрике основного заболевания записывается в порядке значения и выделяется арабскими цифрами - 1, 2, 3...

Примечание - Конкурирующими заболеваниями считаются нозологические единицы, каждая из **которых** сама по себе или через свои осложнения могла привести к смертельному исходу.

Сопровождающими считаются такие заболевания, которые только в данном сочетании вследствие негативного влияния их на организм больного привели к смерти.

Фоновыми считаются заболевания, которые сыграли существенную роль в возникновении или неблагоприятном течении другого (основного) **за**болевания, которое стало причиной смерти.

"Второй" болезнью считается заболевание, которое потеряло со временем связь с тем заболеванием, которое его вызвало, и получило самостоятельное клиническое значение. Вынося "вторую" болезнь в основу диагноза, в рубрике основного заболевания нужно указать нозологическую единицу, с которой эта болезнь имеет патогенетическую связь.

В случае смерти больного вследствие побочных реакций или осложнений медицинских мероприятий, которые проводились в связи с каким - либо заболеванием, последние также указываются в рубрике основного заболевания.

После указания нозологической формы основного заболевания необходимо перечислить его наиболее выраженные морфологические проявления, форму и стадию развития.

В рубрику основного заболевания заносятся также все оперативные вмешательства, которые выполнялись в связи с основным заболеванием, с указанием их даты, способа и модификации выполнения.

Если больному проводилась биопсия, то указываются диагноз, установленный на основе гистологического исследования, а также дата и номер этого исследования.

Осложнениями основного заболевания (оперативного вмешательства, медицинской манипуляции) являются такие патологические процессы, синдромы, нозологические единицы, которые с ним связаны патогенетически (непосредственно или опосредованно) и ухудшили его клиническое течение.

Осложнения указывают в хронологической последовательности с учетом их взаимной связи.

Если в связи с осложнением выполнялись какие-то операции или такие сложные врачебные вмешательства, как гемодиализ, гемосорбция и др., то они должны быть указаны в рубрике осложнений.

Сопутствующими считаются заболевания, которые этиологически и патогенетически не связаны с основным заболеванием и не имели важного влияния на смертельный исход,

В патологоанатомическом эпикризе отображаются результаты клинко-анатомического анализа, проведенного во время вскрытия и при сравнении посмертного клинического и патологоанатомического диагнозов заболевания. Патологоанатомический эпикриз не должен быть простым перечнем клинических и патологоанатомических данных. В лаконичной форме в нем следует указать, какими заболеваниями страдал больной, в каких патогенетических связях находятся выявленные у него заболевания и патологические процессы, почему неэффективным было лечение, каковы непосредственные причины и механизм смерти. Степень отображения этих вопросов в патологоанатомическом эпикризе в каждом конкретном случае может быть разной.

Непосредственной причиной смерти считаются патологическая реакция, процесс, синдром, нозологическая единица, которые привели к необратимым изменениям в функциях жизненно важных органов. Непосредственной причиной смерти может быть как основное заболевание, так и его осложнения (кровопотеря, шок, пневмония, перитонит и др.).

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов проводится как по основному заболеванию, так и по его осложнениям, сопутствующим заболеваниям.

Выписка из протокола патологоанатомического исследования, включая патологоанатомический диагноз, патологоанатомический эпикриз с данными сопоставления прижизненного и патологоанатомического диагнозов, оформляется машинописно и подшивается к истории болезни.

Протокол патологоанатомического исследования подписывает патологоанатом, который провел вскрытие; проверяет и визирует заведующий патологоанатомическим отделением или начальник патологоанатомического бюро.

Кроме подписей, в протоколе должны быть, разборчиво указаны их фамилии.

Первый экземпляр машинописно оформленного протокола патологоанатомического исследования постоянно сохраняется в патологоанатомическом бюро (отделении).

Приложение С

ИНСТРУКЦИЯ об особенностях и порядке вскрытия трупов детей раннего возраста, новорожденных, мертворожденных, выкидышей и плацент

При патологоанатомическом исследовании трупов детей раннего возраста, новорожденных, мертворожденных и выкидышей при вскрытии черепа необходимо сохранить неповрежденными синусы твердой мозговой оболочки. Отсепарировав кожу головы острым путем, ножницами, концы которых загнуты под углом, делается отверстие в отделе лямбдовидного шва, и по горизонтальной линии проводится разрез теменной и лобной костей вместе с твердой мозговой оболочкой. Дойдя до середины лобной кости, концы ножниц поворачивают назад и разрезают лобную и теменную кости вдоль лобного и стреловидного шва на расстоянии 1см от последнего.

Потом разрез ведут по лямбдовидному шву до сделанного ранее в нем отверстия. Такой же разрез делается с другой стороны, после чего посередине

черепе остается костная пластинка шириной около 1,5 - 2 см вдоль стреловидного шва с серповидным отростком твердой мозговой оболочки. Осторожно отодвигая рукой каждое полушарие мозга, внимательно осматривают намет мозжечка и серповидный отросток, потому что в этих местах наиболее часто встречаются разрывы и кровоизлияния вследствие родовой травмы. Выделив отдельно каждое полушарие, перерезают намет мозжечка у края пирамиды височной кости и выдалбливают стволую часть мозга вместе с мозжечком и продолговатым мозгом. Возможны и другие методы вскрытия черепа, которые предохраняют от искусственных посмертных повреждений его содержимое.

Позвоночник исследуется во всех случаях для определения меры его растяжения. Последнее проявляется чрезвычайной подвижностью позвонков в шейном и грудном отделах по продольной оси позвоночника, а также кровоизлияниями в переднюю продольную связку соответствующего межпозвоночного диска. Канал позвоночника вскрывается не со стороны спины, как у взрослого, а спереди, после удаления органокомплекса. Для этого разъединяют тела III и IV позвонков, вводят в позвоночный канал бранши остроконечных ножниц, согнутых по плоскости, и разрезают дужки позвонков с одной и другой сторон. После удаления тел позвонков осматривают эпидуральное пространство, спинномозговые корешки и межпозвоночные узлы, потом извлекают спинкой мозг и исследуют его на всем протяжении.

При вскрытии передней стенки живота для сохранения целостности пупочных сосудов срединный разрез заканчивается на 1-1,5 см выше пупочного кольца. Отсюда ведутся два разреза в направлении внутренней трети паховых складок. При подъеме кожно-мышечного треугольника, который при этом образовался, пупочная вена натягивается. Она рассекается продольным разрезом до ворот печени. Пупочные артерии, которые размещены по бокам, осматриваются на поперечных разрезах. При подозрении на возможность пупочного сепсиса из содержимого каждого сосуда или из соскоба с поверхности интимы делаются мазки для бактериологического (бактериоскопического) исследования. Пупочные сосуды для гистологического исследования берутся во всех случаях.

Обязательно исследуется на продольных разрезах нижний эпифиз бедра, где отмечаются ядра окостенения и определяется состояние линии окостенения хряща между эпифизом и диафизом.

Трупы выкидышей массой тела от 500 г и более, новорожденных, мертворожденных и детей, умерших непосредственно после родов, доставляются в патологоанатомическое бюро (отделение) вместе с последом. При исследовании последа отмечаются его целостность, вес, форма, место ст-хождения пуповины, ее диаметр и длина. Обязательно проводятся гистологические исследования оболочек, пуповины и плаценты (оболочка - 1-2 кусочка, пуповина - 2-3 кусочка, плацента - 6-12 кусочков с разных зон).

Приложение Т

ИНСТРУКЦИЯ об особенностях и порядке патолого-анатомического исследования трупов, содержащих радиоактивные вещества

В случае смерти больного после введения ему радиоактивных веществ или в других случаях лечащий врач составляет справку о радиоактивности трупа. В справке указываются основные сведения о характере и количестве радиоактивного изотопа, способе и времени его введения (попадания), уровне радиоактивного излучения от трупа, конкретные рекомендации патологоанатому о мерах безопасности во время вскрытия трупа.

Справка вместе с другими документами передается в патологоанатомическое бюро (отделение). Труп доставляется в патологоанатомическое бюро (отделение) с прикрепленной к нему биркой, на которой также ставится отметка о радиоактивности.

Патологоанатомическое исследование трупа, в котором имеются радиоактивные вещества, проводят только штатные врачи патологоанатомического бюро (отделения). Во время вскрытия целесообразно присутствие радиолога или лица, ответственного за радиационную безопасность. Перед вскрытием заведующий патологоанатомическим бюро (отделением) вместе с лечащим врачом и радиологом обсуждают конкретные методы по защите персонала от внутреннего облучения при попадании радиоактивных веществ внутрь организма, на кожные покровы, одежду.

Персонал, присутствующий во время вскрытия трупа, должен быть соответственно проинструктирован по поводу радиоактивной безопасности. Вскрытие проводится в защитной одежде (комбинезон или халат, прорезиненный фартук, резиновые сапоги и перчатки).

Весь персонал, имевший контакт с радиоактивным трупом, подлежит индивидуальному дозиметрическому контролю. Радиоактивная загрязненность рук, одежды, рабочей поверхности контролируется дозиметрическим прибором как в процессе работы, так и после вскрытия.

Для предупреждения загрязнения рабочего помещения секционный стол накрывается прочной полиэтиленовой пленкой или на нем устанавливается деко, изготовленное из нержавеющей стали (или других подобных материалов, которые хорошо моются и не подвержены коррозии), имеющее борты и водопроводный сток. Удобнее всего работать на секционных столах, которые легко поддаются дезактивации (нержавеющая сталь и т. д.).

Все сточные воды, кровь, содержимое кишечника собираются в закрытые ведра, после чего определяется их радиоактивность. Если радиоактивность не превышает максимально допустимых уровней по данному изотопу для воды открытых водоемов в 10 раз, жидкости сливают в канализационную систему. При более высокой радиоактивности они выдерживаются в местах временного хранения на протяжении времени, обеспечивающего ее снижение до указанных выше норм, или сдаются в пункты захоронения радиоактивных отходов в соответствии с указаниями радиолога.

Кусочки органов и тканей для гистологического исследования сохраняются в архиве, берутся по возможности небольших размеров, помещаются в обыкновенные фиксирующие растворы и подлежат дозиметрическому контролю. Порядок изготовления гистологических препаратов, их изучение и хранение в архиве определяются заведующим отделением патологоанатомического бюро в соответствии с рекомендациями радиолога.

Кусочки органов и тканей для радиометрического исследования берутся в количестве 30 - 50г и помещаются в заранее проверенную радиометрами чистую посуду, которая закрывается пробками, запечатывается, как при направлении на су-дебно-химическое исследование, и отправляется в санитарно-эпидемиологическую станцию. Фиксирующий раствор не применяется.

Пробы берутся в чистых перчатках и чистыми инструментами, которые обмываются (с помощью тампонов) 2 - 3% раствором лимонной кислоты после взятия образца каждого органа, не допуская переноса радиоактивных веществ с инструмента на другой орган.

После окончания работы перчатки, фартуки, резиновые сапоги и инструменты тщательно моют водой или мыльно-содовым раствором со щеткой. Определяется уровень их остаточной радиоактивности (радиоактивная загрязненность).

Если она превышает установленные максимально допустимые уровни, то проводится повторная обработка. Рабочие помещения подлежат тщательной влажной уборке и дозиметрическому контролю.

Руки моются теплой водой с мылом, в мыльно-содовом растворе или в 1-2% растворе синтетического моющего средства, используя мягкую щетку. Проверяется остаточная радиоактивность и при необходимости обработку повторяют. Принимается общий душ. При наличии случайного загрязнения радиоактивными веществами участки тела тщательно моются водой с мылом.

После завершения обработки руки смазываются вазелином, ланолином или другими индифферентными мазями.

О результате вскрытия начальник патологоанатомического бюро, заведующий патологоанатомическим отделением срочно докладывают главному врачу и радиологу областной больницы.

Захоронение трупов, содержащих радиоактивные вещества, проводится похоронной командой под наблюдением специалиста-радиолога. При выдаче трупа патологоанатом обязан предупредить лиц-ответственных за похороны, о необходимости соблюдения мер радиоактивной безопасности.

Место и порядок захоронения трупов согласуются с органами санитарного наблюдения.

ВРЕМЕННАЯ ИНСТРУКЦИЯ о мерах предупреждения заражения персонала патологоанатомических бюро (отделений) при патологоанатомическом вскрытии и морфологических исследованиях органов и тканей инфекционных больных, зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

Персонал патологоанатомических бюро (отделений) является контингентом очень тесного контакта с ретровирусом, вызывающим ВИЧ – инфекцию, а также с возбудителями сопутствующих ВИЧ оппортунистических инфекций (цитомегаловирусная инфекция, пневмоцистная инфекция и другие).

ВИЧ стоек к ультрафиолетовому и гамма-излучению в дозах, которые превышают обычные в 10 раз. При температуре 56° С вирус погибает через 10 минут. Вирус чувствителен к этанолу – этиловому спирту (25% и выше), 0,5% раствору хлорной извести, перекиси водорода, лизолу, хлорамину.

Персонал патологоанатомических бюро (отделений), работая с материалом от больного с инфекцией ВИЧ и при патологоанатомических вскрытиях, должен соблюдать следующие меры безопасности:

1 С материалом от больного с инфекцией ВИЧ категорически запрещается работать лицам, больным гриппом, ОРВИ, гепатитом, инфекционным мононуклеозом, а также с повреждением кожи пальцев, кистей рук, с общим недомоганием, беременным женщинам.

2 Во время вскрытия надевают 2 халата, шапочку, двойную марлевую маску, очки или прозрачный щит, закрывающий все лицо, 2 пары резиновых перчаток, резиновые калоши или чехлы на обувь. После вскрытия одежду, которую надевали, сжигают.

3 Секционный зал и секционные столы тщательно моются 0,5% раствором хлорной извести или 5% раствором хлорамина.

Все инструменты, которые использовались во время вскрытия, моют горячей водой и стерилизуют в автоклаве на протяжении 2-3 часов или обрабатывают 3% раствором хлорамина, или дезинфицируют в 0,5% растворе хлорной извести на протяжении 2-3 часов.

Во время вскрытия не рекомендуется мыть органы водой под напором для предупреждения разбрызгивания и пользоваться электрической пилкой для распиливания костей.

4 В случае порезов во время вскрытия необходимо обеспечить максимальный отток крови из раны, промыть ее проточной водой, промыть перекисью водорода и залить йодом. Об этом случае необходимо сообщить в СЭС. Эти лица должны находиться под медицинским наблюдением и должны быть обследованы на наличие вирусоспецифических антител в крови.

5 В лаборатории во время вырезания материала от больных с инфекцией ВИЧ (биопсии, секционный материал) надевают фартук, марлевую повязку, маску, одноразовые резиновые перчатки.

6 Материал от больного, умершего от инфекции ВИЧ (кусочки органов и тканей), необходимо фиксировать в формалине не менее 12-15 суток в посуде с яркой маркировкой и пометкой (которая хорошо бросается в глаза). Только после указанного срока фиксации материал разрешается вырезать для приготовления гистологических препаратов.

7 Все вышеуказанные методы используются также во время вскрытия умерших с подозрением на инфекцию ВИЧ.

Приложение Ф

ИНСТРУКЦИЯ о взятии материала от трупа для бактериологического и вирусологического исследования

1 Бактериологическое и вирусологическое исследования органов, крови, ликвора, патологической жидкости трупа используются для выявления (подтверждения) этиологии инфекционных заболеваний, оценки адекватности и эффективности проводившегося антибактериального лечения.

2 Забор материала для бактериологического исследования необходимо производить также при вскрытии умерших от других заболеваний, которые сопровождаются разными инфекционно-воспалительными процессами или осложнениями (холециститами, эндокардитами, сепсисом, пневмонией, нагноением ран и др.).

3 Во время вскрытия умершего от инфекционной болезни целесообразно присутствие бактериолога или вирусолога санитарно-противоэпидемиологического

учреждения, который проводит забор материала от трупа, а также посев этого материала на соответствующие среды непосредственно на месте вскрытия. В его присутствии патологоанатом обязан сам забрать необходимый материал. Для этого в секционной необходимо иметь следующее оборудование и предметы:

- холодильник с температурой от минус 20° С до плюс 4* С;
- набор стерильных инструментов и стерильной посуды (банки, скальпели, ножницы, пинцеты, шпатель, платиновые петли, чашки Петри, пробирки);
- стерильные шприцы (1и-20мл) с длинными иглами или шприцы одноразового использования;
- стерильные резиновые перчатки;
- флаконы со стерильным физиологическим раствором;
- пробирки или флаконы со стерильным 50% раствором глицерина на физиологическом растворе;
- герметически закрытые резиновыми пробками флаконы со стерильной бескислотной средой;
- стерильные пробирки с ватными тампонами на палочках;
- обезжиренные предметные стекла в закрытой посуде (банки со спиртом с притертой крышкой);
- бутылку с денатурированным спиртом (300 мл);
- спиртовую горелку и спички;
- бикс или металлический контейнер (термос) для транспортировки материала;
- вату и марлевые салфетки;
- пергаментную и упаковочную бумагу, полиэтиленовые пакеты;
- маркировочные бумажные наклейки и банки для направления материала в лабораторию;
- клей, карандаш простой и для записи на стекле;
- дезинфицирующие растворы (хлорамин 3-5% - Юл).

4 Забор материала от трупа необходимо проводить не позднее 8-8 часов после смерти. В отдельных случаях, при определенных обстоятельствах, допускается забор материала позднее (24-48 часов). В этих случаях для выделения патогенных микробов проводится посев на питательные среды для получения малых разведений.

5 Пробы для бактериологического, вирусологического обследований забираются иссечением кусочков тканей, соскабливанием, захватыванием полужидких масс на тампон, отсасыванием крови и других жидкостей в пастеровскую пипетку или шприц. При заборе материала необходимо соблюдать правила асептики.

8 При заборе материала паренхиматозных органов, скелетных мышц кусочки их тканей объемом 1-2см высекаются чистым скальпелем или ножом, подхватываются за свободный край пинцетом, обливаются со всех сторон спиртом и поджигаются. После сгорания спирта кусочки немедленно помещают в стерильную посуду путем отрезания их у края пинцета стерильными ножницами.

Кусочки тканей, предназначенные для гистологического, бактериологического и цитовирусологического, иммунофлюоресцентного исследований, забирают и фиксируют в установленном для гистологических исследований порядке.

7 Костный мозг грудины и трубчатых костей забирают путем выдавливания его костными щипцами. Поверхность распила кости перед этим тщательно очищается от надкостницы стерильной салфеткой, смоченной в спирте, а затем тщательно обжигается пламенем. После вскрытия костно-мозгового канала и обеззараживания поверхности распила пламенем костный мозг диафизов трубчатых костей собирается путем выскабливания его стерильным инструментом.

8 Густое содержимое из полостей (карманов гнойных нарывов раневого канала, кишечника и т. п.) может забираться на стерильный тампон или шпатель после рассечения стенки полости, по ранее обеззараженной поверхности в местах допустимых разрезов.

9 Забор материала с поверхности очагов поражения (кожи, слизистых оболочек и т. д.) проводится путем соскабливания измененных тканей и подсохших выделений при помощи стерильных инструментов.

Для забора материала из полости черепа черепную коробку обрабатывают спиртом. Распиливание костей проводится стерильно отмытой **Е 10%** растворе

лизола и тщательно обработанной спиртом пилой, стараясь при этом не повредить твердую мозговую оболочку. После удаления костей свода черепа твердая мозговая оболочка протирается спиртом или обжигается. Жидкость из субдурального пространства забирается через прокол с помощью стерильного шприца или пастеровской пипетки. Возможен забор материала на тампон после рассечения твердой мозговой оболочки стерильными ножницами. Стерильным инструментом проводится также иссечение кусочков измененной мозговой оболочки и кусочков ткани головного мозга до извлечения его из полости черепа.

После удаления головного мозга из полости черепа кусочки ткани забираются согласно с п. 8 данной инструкции.

11 Пробы крови забираются до вскрытия черепа и проведения эвисцерации. После удаления грудных вен вскрывают сердечную сорочку. Поверхность правого желудочка прокалывают концом стерильной пастеровской пипетки или толстой иглой шприца. Кровь в пипетку набирают с помощью резинового баллончика в количестве 10 - 20 мл.

Забор крови можно проводить также из полости правого предсердия или полых вен.

Для выявления антигенов вируса гепатита несколько капель крови наносится на полоски чистой фильтровальной бумаги, которая после высушивания на воздухе отправляется в конверте в вирусологическую лабораторию.

12 Забор жидкого содержимого из полостей проводят шприцем, пастеровской пипеткой или тампоном после рассечения их стенок в стерильных условиях. Содержимое кишечника забирают путем отсечения целых отдельных невскрытых участков кишки, предварительно перевязав их с обеих концов.

Мелкие полостные образования в тканях и полостные органы (желчный пузырь после перевязки пузырного протока) забираются целиком.

13 Для проведения бактериологических, цитовирусологических и иммунофлуоресцентных исследований из тех же мест, откуда брали пробы для бактериологических (вирусологических) исследований, забираются мазки - отпечатки на обезжиренные предметные стекла., которые после подсушивания сразу же подвергают фиксации в ацетоне (8 мин), метиловом спирте (5 мин; или в смеси Никифорова (10-15 мин).

14 При заборе проб, предназначенных для выделения анаэробной флоры, кроме соблюдения правил асептики, максимально ограничивается контакт материала с атмосферным воздухом. Кусочки ткани объемом 2-3 куб. см после обеззараживания поверхности пламенем быстро помещают в стерильную посуду с плотными крышками и направляют в бактериологическую лабораторию. Забор жидкости проводят с помощью шприца по возможности с глубины ткани или из полости или абсцессов с неповрежденными стенками. Полученная жидкость сразу же впрыскивается в герметичный флакон (путем прокола резиновой пробки).; не допускается проникновение воздуха внутрь флакона.

15 Время между забором материала и его исследованием должно быть максимально коротким. Взятый материал или сект на соответствующие среды непосредственно в секционном зале, у секционного стола, или же немедленно доставляют в лабораторию. Сохранять материал для бактериологических исследований разрешается только в термостате (холодильнике) при температуре +4^й С или в 50% растворе глицерина на протяжении одних суток.

16 Направление в лабораторию должно содержать основные сведения, необходимые для проведения исследования: наименование материала, время и место забора и маркировка проб, фамилия, имя, отчество умершего, номер протокола вскрытия, клинический и патологоанатомический диагнозы, длительность заболевания, сведения о применявшихся антибиотиках, а также должны быть указаны: конкретная цель исследования, фамилия врача, его должность, адрес учреждения, направившего материал.

17 Цель исследования формулируется в соответствии с вопросами, которые решаются во время вскрытия. Чаше она может быть ограничена идентификацией патогенного возбудителя инфекционной болезни и определением его чувствительности к антибиотикам.

18 Перед отправлением материала в лабораторию края посуды в местах смыкания их с пробкой заливаются сургучом или парафином. Посуда помещается в полиэтиленовый пакет вместе с биркой, после чего пакет завязывается. Во время упаковки материала в контейнеры, биксы, коробки необходимо соблюдать меры предосторожности, исключать возможность боя стеклянной посуды при транспортировке. Вирусологические пробы помещают в контейнеры (термостаты) с сухим льдом.

19 Доставка зараженного материала производится нарочным.

20 Оценку результатов бактериологического (вирусологического) исследования проводят комплексно, с учетом патологоанатомических данных, прижизненных клинико-лабораторных исследований, особенностей клинической картины заболевания и эпидемиологических обстоятельств.

Приложение X

ИНСТРУКЦИЯ о взятии трупной крови и спинномозговой жидкости для биохимических исследований

1 Биохимическое и биофизическое исследования крови, спинномозговой жидкости и других веществ трупа проводятся у умерших в неопреде-

- 85 -

ленном коматозном состоянии для выявления этиологии и типа комы, оценки патогенеза и адекватности лечения больных. Такие исследования также необходимы для выявления причин внезапной смерти больных во время наркоза, операции, инфузионной терапии, гемодиализа, ангиографии и после реанимации.

Самую важную информацию получают при одновременном определении в трупной крови и спинномозговой жидкости показателей осмолярности, концентрации ионов натрия, калия, кальция, концентрации глюкозы, мочевины, креатинина, билирубина.

В момент установления у умерших резкого повышения осмолярности крови и спинномозговой жидкости одновременным исследованием концентрации в тех же веществах глюкозы, мочевины, калия возможно выявить разные типы гиперосмолярных ком: гипергликемическую, гипернатриемическую, гипонатриемическую. Исследование концентрации глюкозы и калия дает возможность отличить гипо- и гипергликемическую комы у умерших от сахарного диабета. Исследование концентрации мочевины, калия и натрия помогает выявить острую почечную недостаточность.

2 Фатальными последствиями для больных могут заканчиваться быстрые и глубокие изменения осмолярности, концентрации натрия, калия, глюкозы, мочевины только в крови или только в спинномозговой жидкости независимо друг от друга. Поэтому важное значение имеет одновременное сравнение вышеизложенных показателей в крови и спинномозговой жидкости при срочном вскрытии умерших во время гемодиализа, ангиографии, наркоза и после реанимации.

5 Перечисление показателей трупной крови и спинномозговой жидкости и их патологические изменения у умерших больных изложены в методических указаниях: "Особенности патологоанатомической диагностики ионосоматических осложнений интенсивной терапии и реанимации". - Москва, 1982г., а также - "Биохимические исследования трупной крови в патологоанатомической и судебно-медицинской диагностике". - Москва, 1977г.

6 В случае смерти больного в неопределенном коматозном состоянии, после клинической смерти, а также при внезапной, непредвиденной смерти больного во время гемодиализа, ангиографии, наркоза рекомендуется срочное (на протяжении первых двух часов после смерти) проведение патолого-анатомического вскрытия умершего с биофизическим исследованием крови и спинномозговой жидкости.

7 Наиболее простым и быстрым средством получения 10 мл спинномозговой жидкости является субокципитальная пункция с помощью чистой иглы для спинномозговых пункций с мандреном (необязательно стерильные) в положении трупа на боку. Спинномозговую жидкость также можно набрать 10-миллилитровым шприцем с длинной иглой после распиливания черепа или из - под базальной поверхности мозга около стебля гипофиза перед пересечением среднимозговых артерий или пункцией мозговых желудочков, или пункцией пространства под мягкими оболочками мозга. Нужно учитывать, что примесь крови повышает в спинномозговой жидкости концентрацию ионов калия. Примесь крови легче всего предотвратить при субокципитальной пункции.

8 В связи с тем, что показатели крови умершего отличаются в разных частях сосудистого русла, а также для стандартизации с уже имеющимися показателями трупной крови, желательно во время вскрытия добавить 10 мл крови из бедренной вены. Одновременно это позволяет в начале вскрытия взять кровь из сердца для бактериологического исследования, а потом кровь из бедренной вены для биохимически-биофизического исследования.

9 Наиболее целесообразно количественные биохимические и биофизические (осмометр, пламенный фотометр) исследования трупной крови и спинномозговой жидкости проводить в той же клинической лаборатории, в которой обследовались больные. На такие исследования составляется договор между руководителями патологоанатомического бюро и больницы или издается приказ главного врача для патологоанатомического отделения.

10 Трупная кровь и спинномозговая жидкость доставляются без задержек патологоанатомическим персоналом в клиническую лабораторию в маркированных пробирках. Время между забором материала и его исследованием должно быть максимально коротким. Направление в лабораторию должно содержать такие сведения: фамилия, имя, отчество умершего, наименование материала в маркированной пробирке, время забора материала, конкретная цель исследования, клинический и патологоанатомический диагнозы, фамилия патологоанатома и адрес учреждения, которое направило материал. Если в крови и в спинномозговой жидкости умершего исследуются разные показатели, целесообразно заполнять отдельные направления на каждую маркированную пробирку. Бланки с результатами исследований забираются из клинической лаборатории персоналом патологоанатомического бюро или отделения и должны быть вклеены в протокол вскрытия.

11 Результаты исследования крови и спинномозговой жидкости умершего, с учетом посмертных изменений, сравниваются с аналогичными показателями больного в истории болезни (особенно важны последние показатели накануне смерти). Учитывая, что внезапная смерть во время врачебных манипуляций или операций не всегда связана с врачебными ошибками (например, непредвиденные индивидуальные аллергические реакции на лекарства, состояние больного во время оказания экстренной помощи несовместимо с жизнью по последним клинико-биохимическим показателям накануне реанимации), танатогенез целесообразно обсуждать с анестезиологами, реаниматологами, хирургами и другими специалистами, которые оказывали экстренную медицинскую помощь больному или проводили хирургическую манипуляцию.

Приложение Ц

ИНСТРУКЦИЯ о порядке и сроках хранения патолого-анатомических документов и материалов патологоанатомического исследования

Протоколы патологоанатомических исследований и книги регистрации патологоанатомических исследований подлежат постоянному хранению.

Книга учета работы лаборантов с секционным материалом уничтожается в конце года после окончания обработки всех зарегистрированных в ней исследований.

Направления на патологоанатомические исследования сохраняются один год.

Книга учета спирта сохраняется три года.

Копии заключений гистологического исследования биопсийного и операционного материалов, книги регистрации биопсийного и операционного материалов подлежат постоянному сохранению. Копии протоколов патологоанатомического исследования биопсийного и операционного материалов, микропрепараты, блоки и макропрепараты выдаются в другие учреждения только по письменным запросам учреждения и с разрешения начальника патологоанатомического бюро, заведующего патологоанатомическим отделением, в котором проводилась аутопсия или гистологическое исследование. После изучения все материалы подлежат возврату.

Гистологические препараты биопсийного и операционного материалов, относящихся к онкологии или же к редким заболеваниям, которые имеют научно-практический интерес, подлежат постоянному хранению; относящиеся к распространенным заболеваниям (аппендицит, грижа, хронический тонзиллит и другие неспецифические воспалительные и гиперпластические процессы, а также с отсутствием патологии) сохраняются на протяжении одного года.

Блоки и материал после окончания исследования уничтожаются. Исключение составляют материалы, относящиеся к исследованиям, при которых установлено

наличие злокачественной опухоли или возникло подозрение о ее возможности, а также во всех неясных случаях. Этот материал рекомендуется хранить постоянно. Секционные гистологические препараты, которые документируют патологические процессы, выявленные при вскрытии умерших, подлежат хранению на протяжении года.

После окончания гистологического исследования все органы и ткани, если они не нужны для демонстрации на клиничко-патологоанатомических конференциях, для музея и не имеют научной ценности, также блоки могут быть уничтожены по указанию врача, который проводил исследование.

Гистологические препараты секционного, биопсийного и операционного материалов необходимо хранить в картотечных ящиках, не допуская их склеивания, или же в бумажных конвертах (на 3-5 препаратов), уложенных в коробки.

Парафиновые блоки вместе с бирками желательно хранить в герметичных полиэтиленовых пакетах. Целлоидиновые блоки, завернутые в марлю вместе с биркой, необходимо хранить в банках с 70% раствором этилового спирта. На бирке указывается номер и год исследования.

Макропрепараты и кусочки из них необходимо хранить в банках (баках) с 5% раствором формалина. На банках (баках) должны быть этикетки с обозначением года и номера биопсии или вскрытия. Каждый объект должен быть завернут в марлю и клеенку с проставленным простым карандашом номером исследования.

Жидкости, в которых хранится материал, необходимо периодически доливать, не допуская его высыхания.

Секционный, биопсийный и операционный материалы, которые не подлежат хранению в архиве, после окончания исследования уничтожаются путем захоронения или кремации. Для этого администрация лечебного учреждения, патологоанатомического бюро составляет договор с похоронным бюро данного населенного пункта об оплате услуг.

Приложение III

ИНСТРУКЦИЯ о приеме, хранении и выдаче трупов в лечебных учреждениях

Трупы лиц, умерших в отделениях лечебных учреждений, направляются в патологоанатомическое бюро (отделение) со специальной биркой, прикрепленной к трупу, на которой указываются: фамилия, имя, отчество, год рождения, название отделения и лечебного учреждения, откуда направляется труп, основной клинический диагноз.

Врачебные свидетельства о смерти для предъявления в отдел записи актов гражданского состояния выдаются в день вскрытия и подписываются врачом, который производил вскрытие.

В тех случаях, когда вскрытие не проводилось, свидетельство о смерти выдается врачом, который лечил больного.

Как правило, труп в патологоанатомическом бюро (отделении) не должен оставаться более трех суток после наступления смерти.

Трупы выдаются:

а) родственникам и близким покойного:

б) предприятиям, организациями, или лицам, уполномоченным гражданскими организациями, которые взяли на себя обязательство похоронить замершего.

После окончания трех суток с момента наступления смерти трупы, не взятые на захоронение родственниками или организациями, хоронятся за счет больницы через похоронное бюро или передаются для учебных целей, если труп не подлежит специальному захоронению.

Порядок выдачи родственникам трупов лиц, умерших от инфекционных заболеваний:

1 Список инфекционных заболеваний, при которых трупы не выдаются родственникам и близким, а захоронение проводится специальными командами:

натуральная оспа; сип; холера; чума;

лихорадка Марбурга;

лихорадка Ласса;

антракс (сибирская язва).

2 Список инфекционных заболеваний, при которых трупы выдаются родственникам и близким для захоронения под расписку с обязательством, что

гроб не будет открываться и без права завоза трупа домой или в другие помещения:

брюшной тиф и паратиф; вирусный гепатит;
геморрагическая лихорадка; дизентерия; желтая
лихорадка;

иктеро-геморрагический лептоспироз группы А (болезнь Васильева-Вейля):

корь (при наличии дома детей); легионеллез;

менингококковая инфекция;

орнитоз (пситтакоз);

скарлатина (при наличии дома детей);

ВИЧ;

сыпной тиф (вшиевой, клещевой, крысиный);

ящур;

дифтерия.

Умерших от заболеваний, указанных в п. 1, категорически запрещается перевозить каким-либо видом транспорта для захоронения в другие населенные пункты. Как исключение, разрешается перевозка трупа в отдельных случаях (смерть от инфекций, возникших спорадически и обозначенных в п. 2), по договоренности со специалистами санитарно-противоэпидемиологической службы и при соблюдении правил транспортировки (в запаянном гробу).

Трупы выдаются из патологоанатомического бюро (отделения) под расписку⁷ в специальной книге с указанием о предъявленных документах и отметкой о месте захоронения.

Приложение III

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

к помещениям по охране и безопасности при работе в патолого-анатомических бюро, патологоанатомических отделениях

I Общие положения

1 Данные требования распространяются на все патологоанатомические бюро (отделения), патогистологические лаборатории лечебно-профилактических учреждений, научно-исследовательских институтов и учебных учреждений независимо от их подчинения.

2 Требования являются обязательными при проектировании и строительстве новых, а также при переоборудовании и эксплуатации уже существующих патологоанатомических бюро (отделений).

3 Строительство новых и реконструкция существующих патологоанатомических бюро допускается только при наличии утвержденного проекта, который согласован с учреждениями санитарно-эпидемиологической службы.

4 вновь построенные патологоанатомические бюро или подлежащие реконструкции в установленном порядке принимаются в эксплуатацию специальной комиссией при обязательном участии в ней представителей санитарно-эпидемиологических станций, технического инспектора совета профсоюзов и заинтересованных лиц.

Приемка здания (помещения) оформляется актом указанной комиссии с выводами о возможности их эксплуатации.

Примечание - Оборудование и эксплуатация рентгеновских кабинетов в патологоанатомических бюро и отделениях должны соответствовать требованиям, предусмотренным "Правилами оборудования и эксплуатации рентгеновских кабинетов и аппаратов в учреждениях Министерства здравоохранения Украины".

5 Устройство и эксплуатация электрооборудования и электросети в патологоанатомических бюро (отделениях) должны соответствовать требованиям существующих "Правил оборудования электрических установок".

8 В патологоанатомических бюро (отделениях) должны соблюдаться правила пожарной безопасности.

7 Ответственность за выполнение данных требований несут администрация учреждения и начальник, заведующие отделениями патологоанатомических бюро.

3 Контроль за выполнением требований осуществляется органами здравоохранения, технической инспекцией совета профсоюзов и комитетом профсоюза.

9 Начальники, заведующие отделениями патологоанатомических бюро должны разрабатывать на основе данных требований инструкции по технике безопасности и производственной санитарии по отдельным участкам работы (секционная, лаборатория, биопсийная комната, комната для хранения трупов, комната для мытья, музей и др.).

10 Утвержденные инструкции должны быть вывешены (в рамках под стеклом) на видном месте в каждом подразделении.

Требования к территории, планированию и оборудованию патологоанатомических бюро (патогистологической лаборатории, отделений.)

ТЕРРИТОРИЯ

11 Участок патологоанатомического бюро (отделения) должен находиться в стороне от лечебных корпусов и быть отделенным от их защитной зеленой зоной (парк или сад) шириной не менее 15м. Участок должен иметь оборудованные подъездные пути, отдельный въезд, который используется, как правило, только для нужд патологоанатомического бюро, а также в отдельных случаях может быть соединен только с въездом в хозяйственную зону.

Патологоанатомический корпус и подъезды к нему должны быть изолированы от прилегающих жилых домов и не должны просматриваться из окон помещений, где находятся больные, и из сада для больных.

Санитарный разрыв от патологоанатомического корпуса до других построек необходимо установить не менее 30м.

ПОМЕЩЕНИЯ

12 Патологоанатомический корпус должен иметь отдельное помещение и не может быть расположен в одном здании с подсобными службами лечебного учреждения или лечебных кабинетов. Патологоанатомический корпус, как правило, не должен располагаться в нескольких зданиях. В больницах до 100 коек в отдельных случаях по согласованию с санитарно-эпидемиологической станцией (санитарно-эпидемиологическим отделением сельского района) может допускаться размещение патологоанатомического отделения в хозяйственном корпусе, если в состав последнего не входит административная группа, пищеблок и продовольственный склад. Не допускается размещение в одном помещении с патологоанатомическим бюро (даже на разных этажах) вивария и экспериментального отделения учреждения.

13 Малая секционная, предназначенная для вскрытия инфекционных трупов, должна иметь отдельный запасной наружный вход.

14 Общая площадь помещений патологоанатомического отделения в больницах до 100 коек принимается 44 кв. м, а в больницах с количеством коек 100 и более из расчета на 1 койку; м

100	1,08
200	0,77
300-400	0.51
600	0,83
800	0,78
1000	0,58,,

Количество и размер площади помещений патологоанатомических' корпусов бюро определяются заданием на проектирование.

15 Высота основных помещений патологоанатомического корпуса (бюро) должна быть от пола до потолка не менее 3м.

16 Планирование помещений патологоанатомического корпуса (бюро) должно соответствовать следующим требованиям: транспортировкой трупов и вскрытий, обработкой ванного секционного и лов, должны быть отдалены от помещения, связанные с гистологической лаборатории, помещения для внутри здания, проведение врачей и обслуживающего персонала, музея, душевой и хранением нефиксированного санитарного узла, а также от других помещений, биопсийного материала не предназначенных для тамбуром или коридором

указанных выше целей; секционная не должна граничить непосредственно с помещением для выдачи трупов.

17 Планирование дверных проемов и конструкций в трупохранилище, в предсекционной, секционной, комнате для одевания и в траурном зале должно обеспечивать свободный пронос носилок и проезд каталки с трупом.

18 Помещения патологоанатомического бюро (отделения) должны быть сухими.

19 В помещении для хранения трупов должны быть холодильная установка и лифт (если хранение трупов расположено не на одном этаже с секционной) для подачи трупов в секционную.

Для трупов должны иметься лежаки размером 1,8 х 0,6 м, полки или специальные сейфы.

20 Для персонала патологоанатомического бюро обязательно должна быть предусмотрена душевая комната, а в лечебных учреждениях с количеством от 400 коек и более – санитарный пропускник.

21 Стенки и перегородки должны быть изготовлены из водостойких неорганических материалов.

Стены и пол всех помещений должны быть непроницаемыми для грызунов, гладкими, без щелей. Все углы и места соединения стен, пола и потолка в помещениях должны быть закругленными, без карнизов и декоративных украшений.

22 Стены кабинетов должны быть покрыты масляной краской до половины высоты, а стены секционной, предсекционной, комнаты для хранения трупов и санитарного узла облицованы глазурованной плиткой от пола до потолка.

23 Полы в секционной, препараторской, предсекционной и комнате для хранения трупов – должны быть покрыты непроницаемым материалом, который легко очищается и выдерживает частое мытье дезинфицирующими растворами, а также должны быть ровными без порогов, выступов, удобными для транспортировки трупов на каталках. Пол в секционной должен иметь сток в канализацию или специальный приемник сточных вод из отделения.

Полы в патологоанатомической лаборатории и помещениях для врачей должны быть покрыты линолеумом.

24 Оконные рамы и двери в секционной и предсекционной должны иметь масляную окраску. Дверные приспособления должны легко поддаваться очищению. В летнее время окна должны быть закрыты металлическими сетками от мух.

ВОДОПРОВОД, КАНАЛИЗАЦИЯ, ОТОПЛЕНИЕ И ГАЗ

25 Патологоанатомические бюро (отделения), как правило, должны быть обеспечены водопроводом, горячим водоснабжением, канализацией, центральным отоплением и газом (если в населенном пункте есть газовая сеть).

В местности, которая не имеет водопровода и канализации, устанавливается внутренний водопровод и канализация.

26 Все сточные воды от патологоанатомического бюро, отделения (при наличии в городе или селении канализации с очистительными сооружениями), пристройки для обеззараживания сточных вод подключаются к общегородской или сельской канализационной системе.

Если городская или сельская канализация не обеспечена сооружениями для очистки и обеззараживания сточных вод, а также если канализация отсутствует, то при учреждении должны быть построены местные сооружения для очистки и обеззараживания сточных вод.

27 Для мытья рук работающего персонала в помещениях патологоанатомического бюро и отделения (лаборатории) должны быть водопроводные раковины отдельно от раковин, предусмотренных для мытья инвентаря и инструментария. В секционной и предсекционной должны быть установлены специальные хирургические умывальники с локтевым или педальным пуском воды.

28 Центральная система отопления должна обеспечивать возможность регулирования подачи тепла в помещения с разным тепловым режимом, теплоотдачей и влажностью воздуха.

Отопительные приборы должны быть сооружены и расположены с расчетом возможности систематического очищения их поверхности.

29 При наличии печного отопления печи должны быть оборудованы колосниковыми решетками, отопи-

- 98 -

тельные отверстия печей должны **ВЫХОДИТЬ В** ко] дор.на полу перед отопительным отверстием должен быть закреплен лист кровельного железа длиной 0,7м и шириной 0,3м в каждую сторону от края отопительного отверстия. Использование для растопки печей керосина, бензина и других легковоспламеняющихся веществ запрещается.

35 Помещения должны быть обеспечены системой общего и местного искусственного освещения, отвечающей требованиям действующих норм.

В секционных искусственное освещение должно обеспечиваться бестеневыми светильниками.

МЕБЕЛЬ

ВЕНТИЛЯЦИЯ

30 Все помещения патологсанатомического бюро и отделения (лаборатории) должны быть оборудованы вытяжной вентиляцией с механическим действием.

31 Расчетная температура и кратность обмена воздуха должны быть приняты в соответствии с таблицей (Строительные нормы и Правила 11-Л-9-70).

32 Независимо от наличия приточно-вытяжной вентиляции во всех помещениях должны быть оборудованы откидные фрамуги или форточки, которые легко открываются.

33 В патологоанатомической лаборатории должны быть оборудованы вытяжные шкафы с механическим приводом.

В больших лабораториях, где постоянно используются сложные методы разных окрасок, необходимо оборудовать стол с местным вытяжным приспособлением.

ОСВЕЩЕНИЕ

34 Все помещения патологсанатомического бюро., отделения (лаборатории) должны иметь прямое естественное освещение. Отношение площади окон к площади пола должно быть: в секционной и лаборатории - 1: 4 - 1:5, в остальных помещениях -

36 В патологоанатомической бюро, отделениях (лабораториях) вся мебель должна быть покрыта краской светлых тонов.

37 К секционному;'' столу должна быть подведена горячая вода и сток в канализацию, который закрывается сеткой-уловителем.

38 Для избежания охлаждения и промокания ног рабочее место около секционного стола покрывается деревянной решеткой.

39 Секционные столы должны изготавливаться из водонепроницаемого материала и иметь покрытие, которое легко очищается (мрамор, мозаичные плиты, нержавеющая сталь, оцинкованное железо), которое выдерживает частое мытье дезинфицирующими средствами. Оборудование деревянных столов без металлической обивки не допускается.

40 Каталки, носилки и другие приспособления для транспортировки трупов должны иметь металлическое покрытие, которое легко очищается и де-зин фици ру е т ся.

III Требования к содержанию и эксплуатации помещений патологоанатомического бюро, отделения (патологоанатомической лаборатории)

41 Утром, в начале рабочего дня, все помещения отделения необходимо хорошо проветрить; в конце рабочего дня лаборант должен убрать рабочее место, закрыть и поставить в вытяжной шкаф всю посуду, которая содержит летучие вещества.

Для уборки помещения патологоанатомического бюро, отделения должны быть установлены определенные сроки.

Полная (генеральная) уборка секционной и трупохранилища с использованием при мытье 3-5% раствора хлорамина или 2,5% осветленного раствора хлорной извести должна проводиться не реже одного раза в месяц, а также после вскрытия трупов лиц, которые умерли от острозаразных инфекций.

Проветривать помещения секционной и трупохранилища после проведения дезинфекции следует через час.

43 По окончании вскрытия секционный стол, малый секционный столик, инструменты, чаши весов, раковины и ванны для промывания органов, решетки и полы тщательно моют холодной, а затем горячей водой, а после вскрытия трупа, умершего от инфекционного заболевания, дезинфицируют 5% раствором хлорамина или 2,5% осветленным раствором хлорной извести. Секционную после вскрытия хорошо проветривают, а при обработке дезинфицирующими средствами проветривают через час.

44 Присутствие на вскрытии посторонних лиц и родственников умершего категорически запрещается.

45 Количество лиц, принимающих участие во вскрытии трупов умерших от особо опасных инфекций и в обработке материалов вскрытия, должно быть ограничено.

46 Вскрытие трупов лиц, умерших от особо опасных инфекций, проводится в отдельном помещении (изолированном), которое после окончания вскрытия должно подвергаться тщательной дезинфекции 5% раствором хлорамина или 2,5% осветленным раствором хлорной извести. Дезинфекции подлежат весь инструментарий, инвентарь, спецодежда и белье.

Стекающие от трупа жидкости и все остальные отходы должны быть обеззаражены на месте вскрытия (засыпаны хлорной известью на один час).

47 Одевают труп в специально отведенной для этого комнате. Одевание трупов в секционной и трупохранилище не допускается.

48 Трупы выдаются из патологоанатомического бюро (отделения) под расписку в специальной книге с обозначением предъявленного документа и места захоронения.

49 Трупы лиц, умерших от острозаразных заболеваний (скарлатина, дифтерия, брюшной тиф, дизентерия и др.), выдаются родственникам и близким или общественным организациям для захоронения с письменным обязательством отвезти тело непосредственно из патологоанатомического бюро (отделения) на кладбище или в крематорий в плотно забитом гробу без права раскрытия гроба и без права завоза домой или в другие помещения, с предупреждением о судебной ответственности при невыполнении этого обязательства.

В этих случаях патологоанатомическое бюро (отделение) обязано обеспечить укладывание трупа в гроб с соблюдением надлежащих санитарных правил.

50 Трупы лиц, умерших от чумы, холеры, оспы и сибирской язвы, должны помещаться в гроб следующим образом: на дно гроба насыпается хлорная известь, внутри гроба расстилается клеенка, на которую снова насыпается слой хлорной извести; труп туго обертывают простыней, смоченной в растворе карболовой кислоты, кладут в гроб на клеенку с хлорной известью, заворачивают его свободными концами клеенки и насыпают сверху слой хлорной извести. После этого гроб забивают.

Родным умершего гроб не выдается. Для прощания с умершим никого не допускают.

IV Требования к работе в патологоанатомическом бюро (отделении, патогистологической лаборатории)

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

51 Работа патологоанатомического бюро и отделения связана с рядом вредных условий, которые обусловлены:

а) проведением вскрытий умерших от разных заболеваний, в том числе инфекционных;

б) исследованием биопсийного материала, который также нередко является носителем инфекционных агентов (туберкулез, паразиты и др.);

в) вскрытием и исследованием ментальных животных, в том числе с тр.упов экспериментальными инфекционными заболеваниями;

г) постоянным применением в работе вредных для организма веществ: формалина, хлороформа, ксилола, толуола, бензола, диоксида, солей ртути, анилина и др. , а также легковоспламеняющихся веществ (спирт , эфир и др.).

52 Со всеми поступающими на работу и работающими в патологоанатомическом бюро (отделениях, лабораториях) должен быть проведен подробный инструктаж по опасным методам и способам работы.

Проведение инструктажа должно регистрироваться в журнале проведения инструктажа.

53 Медицинский персонал не должен допускаться на вскрытие трупов без халатов и в обуви, впитывающей влагу.

54 Администрация учреждения обязана непосредственно обеспечивать работников патологоанатомических бюро, отделений (лабораторий) санитарной одеждой, спецодеждой, обувью и средствами защиты в соответствии с нормами.

55 Медицинский персонал, кроме халата для обычной работы, должен иметь другой халат, который используется в секционной и при вырезании биопсий.

58 Вся спецодежда, санитарная одежда и обувь, которые используются для проведения вскрытия, должны храниться в отдельном шкафу в предсекционной или в секционной.

57 Лица, производящие вскрытие трупов умерших от особо опасных инфекций., должны работать в

— л Я —

а. ч. 4

двойном комплекте санитарной одежды (два халата, две пары перчаток и нарукавников и две шапочки) с марлевой маской, в резиновых сапогах и в прорезиненном фартуке, который закрывает ноги до ступней.

58 Халаты и шапочки должны стираться по мере загрязнения, а фартуки, нарукавники и перчатки мыться и дезинфицироваться после каждого вскрытия.

После вскрытия инфекционного трупа все белье, санитарная одежда и спецодежда, которые соприкасались с трупом, должны перед стиркой обязательно подвергаться дезинфекции в зависимости от вида инфекции.

Халаты, шапочки и другое белье патологоанатомических бюро (отделений) могут стираться в больничной прачечной, но отдельно от белья других отделений.

Вносить для стирки санитарную одежду, спецодежду и белье домой категорически запрещается.

59 Для персонала патологоанатомического бюро (отделения) возле умывальников постоянно должны находиться мыло, щетка для мытья рук и полотенце (электросушка).

60 В патологических бюро и отделениях (лабораториях) должны быть в наличии аптечки с набором необходимых медикаментов (йод, перевязочный материал, коллодий, нашатырный спирт и др.) для оказания первой медицинской помощи.

ВЫРЕЗАНИЕ БИПСИЙНОГО И СЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛОВ

61 Вырезание биопсийного и секционного материалов проводится в пат ол с г оан ат они чес коп лаборатории или в специально предназначенной для этого комнате, или в предсекционной.

Для вырезания биопсий должен быть отведен специальный стол с набором инструментов, которые должны использоваться только для этой цели.

62 Фиксация материала должна проводиться только в вытяжном шкафу, а хранение его — в специальном шкафу!

специальной комнатной хорошей изоляцией.

Разливание формалина и концентрированных кислот, приготовление растворов из них должны проводиться также в вытяжном шкафу.

63 Вырезание материала должно проводиться в фартуке и резиновых перчатках. 64 Инструментарий, перчатки, стол и доска которой проводится вырезание, после вырезания должны быть хорошо вымыты и обработаны дезинфицирующим раствором.

65 Материал, который остается после вырезки для архива, должен сохраняться в хорошо закрытых банках с 10% раствором формалина. Каждая банка должна иметь наклейку с перечнем номеров аутопсий и биопсий, которые в ней хранятся. Этот архивный материал хранится в специально отведенном хранилище на протяжении года.

66 Архивные материалы, сроки хранения которых закончились, а также органы, поступающие в патологоанатомическое отделение, бюро (из хирургических и гинекологических отделений, родильных домов) после вырезания должны собираться в специальном хранилище, храниться в банках с фиксирующей жидкостью и периодически сжигаться в специальной печи. При отсутствии печи все отходы должны периодически отправляться в специальные места захоронения.

РАБОТА В ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

67 Гистологические лаборатории, кроме необходимой мебели (шкафы, столы и др.), должны быть оборудованы вытяжными шкафами с принудительной тягой, в которых проводится разлив химических летучих веществ, изготовление реактивов, прокаливание сернистой меди и т. д.

68 Ядовитые вещества должны храниться в лабораториях в отдельной комнате, в металлических

Особо ядовитые шкафах или сейфах под замком. Вещи* (сулема и др.) должны храниться в специально отведенном внутреннем или сейфа. отделении шкафа

На окнах комнаты, где хранятся

ядовитые вещества, должны быть металлические решетки, а двери должны быть обиты железом. Примечание

1 В лаборатории с небольшим объемом работы допускается хранение ядовитых веществ не в отдельной комнате.

2 В учреждениях, которые имеют несколько лабораторий, сооружается одна комната для хранения ядовитых веществ.

89 Комнаты или шкафы (сейфы), в которых хранятся ядовитые вещества, должны закрываться на замок, а по окончании рабочего дня опечатываться сургучной печатью или пломбироваться.

Ключи от комнат и шкафов (сейфов), где хранятся ядовитые вещества, а также печать или пломба должны находиться у лица, ответственного за хранение ядовитых веществ.

Ответственным за хранение ядовитых веществ и документов на них является руководитель лаборатории или лицо, уполномоченное приказом по учреждению.

70 Расфасовка, измельчение, взвешивание и отмеривание ядовитых веществ проводится в вытяжных шкафах с помощью специально выделенных для этой цели приспособлений и посуды (весы, лейки, ступки, цилиндры и др.).

71 После окончания работы особо ядовитые вещества закрываются в металлические шкафы (сейфы), в которых они хранятся. Остальные ядовитые вещества закрываются в шкафу в рабочей комнате.

72 При поступлении ядовитых веществ лицо, ответственное за их хранение, обязано лично проверить соответствие полученных ядовитых веществ сопроводительным документам.

Отпуск ядовитых веществ для текущей работы производится только по письменному разрешению начальника учреждения или его заместителя и только по требованию, подписанному заведующим лабораторией, с указанием в нем фамилии лица, получающего это вещество. При этом на каждую упаковку наклеиваются этикетки:

а) с обозначением наименования ядовитых веществ ;

б) репа, но".

74

Перед выдачей ядовитых веществ лицо, которое отвечает за их хранение, обязано лично проверить обоснованность выдачи, соответствие выдаваемого вещества сопроводительным документам и правильность упаковки, после чего расписаться в копии требования.

75 Ядовитые вещества подлежат предметно-количественному учету в отдельных книгах, которые пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью руководителя учреждения. Учет проводится по форме:

- поступление (дата, откуда получено и номер документа, количество);
- расходы (дата, кому выданы, на что использованы, количество);
- остаток.

78 Сильнодействующие веществ*

наться в отдельных шкафах, которые по окончании работы закрываются на замок.

77 Все химические летучие вещества, имеющиеся в лаборатории (ксилол, толуол, хлороформ, анилин, формалин и др.), должны храниться в плотно закрытой стеклянной посуде, в закрытой шкафу, на расстоянии от нагревательных приборов и открытого огня.

78 Летучие вещества должны храниться в боксах и банках, закрытых притертыми пробками, к открываться только в момент непосредственного пользования веществом,

79 Кислоты и щелочи должны храниться в стеклянной посуде с притертыми пробками на нижних

УЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
СЕКЦИОННОМУ КУРСУ

для иностранных студентов специальности 7. 110101 дневной формы обучения

ЧАСТЬ 1

Составители: А. Н. Романюк, Е. С. Проценко
Т. Л. Рынжук, Ответственный за выпуск А. Н. Романюк