

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО УРАЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Н.Р. Шабунина-Басок

**ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-ПЕДИАТРА
В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРЕ**

Учебно-методическое пособие

**Екатеринбург
2012**

УДК: 615.053+612.013

Шабунина-Басок Н.Р. Действия врача-педиатра в случае смерти пациента в стационаре : учебно-методическое пособие; Екатеринбург. УГМА, 2012. – 33 с.

ISBN 978-5-898.45 – 575-5.

Учебное пособие написано в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом ВПО специальности 060103 – педиатрия, рабочей программой дисциплины «Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия» для студентов медицинских вузов, осваивающих указанную ОПП. Рассмотрены алгоритм действий врача-педиатра в связи со смертью пациента, принципы формулирования диагноза, правила оформления медицинского свидетельства о смерти в перинатальном и детском возрасте. Пособие предназначено для самоподготовки студентов по разделу «Клиническая патологическая анатомия» в части действий врача в связи со смертью пациента в стационаре.

Ответственный редактор д.м.н. Н.Р. Шабунина-Басок

Рецензент д.м.н С.Ю. Захарова

ISBN 978-5-898.45 – 575-5

УГМА, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.

Раздел 1 Алгоритм действий врача-педиатра в случае смерти новорожденного ребенка и ребенка старшего возраста в ЛПУ

Раздел 2 Организационные мероприятия в связи со смертью пациента

2.1 Констатация биологической смерти

2.2 Порядок оформления медицинской документации на детей, умерших в ЛПУ

2.3 Порядок транспортировки тела умершего в патологоанатомическое отделение

2.4. Общение с родственниками умершего ребенка

Раздел 3 Клинический диагноз и клинический эпикриз, с которыми умерший направляется на вскрытие

3.1 Структура клинического диагноза

3.2 Правила написания клинического посмертного эпикриза

Раздел 4 Порядок патологоанатомического вскрытия и взаимодействие врачей-клиницистов с патологоанатомом

Раздел 5 Правила оформления и выдачи медицинского свидетельства о смерти

Раздел 6 Клинико-анатомическая конференция и лечебно-контрольная комиссия

6.1 Порядок проведения клинико-анатомической конференции

6.2 Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов

Раздел 7 Контрольно-измерительные материалы (тесты и ситуационные задачи)

Приложения. 1. Бланк медицинского свидетельства о смерти (учетная форма №106-у-08)

2. Бланк медицинского свидетельства о перинатальной смерти (учетная форма №106-2/у-08)

3. Образец оформления отказа родственников от вскрытия или захоронения

4. Выписка из «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 18.07.2011)

ВВЕДЕНИЕ

В число профессиональных компетенций, которыми обязаны овладеть выпускники высших медицинских образовательных учреждений в соответствии с ФГОС ВПО-03[1], должны войти не только способность клинически интерпретировать морфологические результаты биопсийного и секционного материала исследований, но и умение дать заключение о причине смерти, сформулировать окончательный диагноз и заполнить медицинское свидетельство о смерти. Формулировка диагноза предполагает наряду с использованием понятийного аппарата и общепринятой терминологии, еще и умение применять современные международные классификации. Относительно заболеваний детского возраста это дополняется рубриками XV и XVI классов МКБ-X – «Врожденные аномалии развития» и «Патологические состояния, специфичные для перинатального периода» [2]. Не менее важно, на наш взгляд, ознакомление студентов с европейской классификацией предотвратимых и непрототвратимых причин смерти детей.

В реальных условиях деятельность клинициста в случае смерти пациента в условиях стационара далеко не ограничивается оформлением соответствующей документации. Существует целый ряд нормативных документов (приказов Минздрава) и практических рекомендаций специалистов, которые фиксируют порядок действий врача в подобной ситуации [3,4,5,6] .

Приказы определяют обязанности врачебного персонала ЛПУ в случае смерти пациента, порядок направления тела умершего на вскрытие, правила оформления медицинского свидетельства о смерти. Согласно современному законодательству минимальный возраст, по достижению которого погибший плод подвергается вскрытию, определен сроком гестации в 22 недели и более, массой тела 500 граммов и более и длиной тела 25 см и более (масса и длина тела могут быть меньшими при многоплодных родах). Начиная с указанного срока в случае смерти плода (новорожденного) оформляется и выдается родственникам свидетельство о перинатальной смерти, а тело должно быть захоронено.

В педиатрической практике в соответствии с действующим законодательством секции подлежат все мертворожденные и умершие новорожденные в родовспомогательных и других лечебных учреждениях. Аутопсии осуществляются в прозектурах соответствующих ЛПУ или в детских специализированных отделениях патологоанатомических бюро.

Мертворожденные и умершие новорожденные в сроки до 22 недель гестации могут вскрываться выборочно в научно-практических целях. Врачебное свидетельство о перинатальной смерти в этих случаях не выдается.

РАЗДЕЛ 1. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЯ ВРАЧА-ПЕДИАТРА В СЛУЧАЕ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА И РЕБЕНКА СТАРШЕГО ВОЗРАСТА В ЛПУ.

Алгоритм действий врача-педиатра в указанных случаях соответствует следующему порядку:

1. Констатация биологической смерти.
2. Организационные мероприятия (на основе законодательства РФ):
 - оформление медицинской документации по факту смерти (рапорт руководителю ЛПУ, медицинская карта с посмертным диагнозом и эпикризом),
 - доклад на утренней линейке лечебного учреждения о факте смерти,
 - получение у руководителя ЛПУ направления на секцию,
 - организация транспортировки тела в патологоанатомическое отделение или ПАБ,
 - общение с родственниками умершего – предоставление информации по факту смерти и определение последующих действий.
3. Участие в процессе вскрытия.
4. Ознакомление с результатами морфологического исследования (окончательным морфологическим диагнозом и клинико-патоморфологическим эпикризом).
5. Участие в клинико-анатомической конференции и Лечебно-контрольной комиссии.

РАЗДЕЛ 2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ПАЦИЕНТА.

2.1. Констатация смерти

Биологической смертью определяется необратимое прекращение жизнедеятельности организма, являющееся исходом его индивидуального существования [7].

Достоверными признаками смерти являются следующие:

- продолжительное и устойчивое отсутствие самостоятельного дыхания;
- продолжительное и устойчивое прекращение сердечной деятельности;
- выключение сознания;
- устойчивое расширение зрачков, помутнение роговиц, устойчивая арефлексия (последняя проявляется в отсутствии роговичного и конъюнктивального рефлексов, т.е. не происходит смыкания век при раздражении роговицы и конъюнктивы, а также кожных и сухожильных рефлексов); снижение температуры тела (ниже +22 градусов).

В отношении мертворожденных определены следующие критерии:

- смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности при отсутствии дыхания, сердцебиения, пульсации пуповины или явных движений произвольной мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

2.2. Порядок оформления медицинской документации на детей, умерших в ЛПУ

Медицинская документация на мертворожденного, умершего новорожденного или детей старшего возраста включает:

- рапорт на имя руководителя ЛПУ;
- медицинскую карту (история развития или история болезни, амбулаторная карта).

Медицинскую карту (историю развития) в случае мертворождения, как правило, заполняет врач-акушер, принимавший роды. На умершего новорожденного или ребенка старшего возраста документация оформляется врачом – лечащим педиатром или реаниматологом. История развития в случае мертворождения должна содержать клинический диагноз, с которым тело направляется на вскрытие. В случае живорождения кроме диагноза оформляется еще и посмертный эпикриз.

В том и другом случаях на имя главного врача ЛПУ подается рапорт с информацией о факте смерти пациента с указанием времени рождения и смерти. Если смерть произошла в дневное время, рапорт подается лечащим, а в ночное – дежурным врачом. При смерти новорожденного в первые семь суток жизни уточняется продолжительность жизни в сутках, часах и минутах. В этом случае временные параметры диктуют выбор формы медицинского свидетельства о смерти – типовой или перинатальной, что важно для статистических показателей. Рапорт клеивается на первую страницу истории развития, после чего главврач визирует документ.

Главный врач определяет, будет ли тело умершего направлено на вскрытие или передано родственникам без секции. В первом случае вскрытие осуществляет патологоанатом или судебно-медицинский эксперт. На судебно-медицинскую экспертизу в соответствии с законодательством отправляются следующие случаи:

- если смерть ребенка наступила в машине «скорой помощи» и больницу он был доставлен мертвым;

- если смерть произошла непосредственно после поступления в приемный покой во время оказания неотложных медицинских мероприятий;

- если личность поступившего ребенка не установлена (например, в случае дорожной травмы без присутствия родственников, ребенок-подкидыш и т.п.).

Руководитель ЛПУ обладает правом отмены вскрытия, о чем он дает письменное указание в историю болезни с обоснованием причины отмены. Ею может быть, например, письменная просьба родственников, обусловленная религиозными мотивами. При отмене секции оформление медицинского свидетельства о смерти осуществляется врачом-педиатром, как правило, заведующим отделением на основании медицинской документации. Однако в соответствии с законодательством вскрытие нельзя отменить в следующих случаях:

- если при жизни диагноз не был установлен (например, из-за кратковременности пребывания в стационаре);

- нет морфологической верификации онкологического заболевания (опухольный процесс был диагностирован, а морфологическое исследование биопсии на момент смерти осуществлено не было);

-в случае смерти в момент проведения инструментальных диагностических исследований, после проведения оперативных вмешательств;

-при всех случаях инфекционных заболеваний или подозрения на них.

Медицинская карта умерших за прошедшие сутки с резолюцией руководителя ЛПУ передается в патологоанатомическое отделение не позднее 10 часов утра следующего дня.

2.3. Порядок транспортировки тела умершего в патологоанатомическое отделение

Труп маркируется: у плодов и новорожденных сохраняются бирки с информацией о матери. Необходимо сохранять все медицинские инструменты, посредством которых осуществлялась инфузионная терапия или реанимационные мероприятия (интратрахеальные трубки, дренажи, катетеры). Мертворожденные направляются вместе с плацентой. В случае гибели новорожденных, у которых плацента была взята на исследование ранее, дальнейшие исследования осуществляются с учетом морфологического заключения о ее состоянии.

2.4. Общение с родственниками умершего ребенка

Наиболее трудным с этической и психологической стороны является контакт врача, проводившего лечение, с родственниками умершего ребенка. В случае, если ребенок находился на лечении в сопровождении родственников (чаще всего – с матерью), при неблагоприятном развитии заболевания их обычно подготавливают к возможному летальному исходу. Тогда известие не является неожиданным. В случае, когда ребенок лечился без присутствия родственников, и прогноз ожидается неблагоприятным, последних вызывают телефонограммой или заверенной телеграммой заранее. Все беседы с родственниками производятся в отдельном помещении с психологической подготовкой.

В беседе с родственниками лечащий врач должен ограничить свою информацию только ходом заболевания и лечения в клинике, т.е. дать информацию по хорошо известным ему фактам. Объяснения следует давать в спокойной манере, с разъяснением фактов о ходе болезни с использованием терминологии, понятной родственникам. Близкие часто бывают не удовлетворены взаимодействием с медицинским персоналом

как и качеством оказания медицинских услуг. Даже при объективно безупречном оказании медицинской помощи в случае смерти пациента нередко несправедливые обвинения медработников в том, что произошло. То, как сообщают об утрате, характер общения с родственниками, потерявшими ребенка, часто вызывают упреки в грубости [8].

В беседе врач должен убедить их в необходимости вскрытия для установления окончательного диагноза. В случае перинатального вскрытия могут быть установлены важные данные, которые могут повлиять на поведение матери в условиях последующих беременностей (например, в случае установленной этиологии внутриутробной инфекции появляется возможность лечить патологию непосредственно у матери). По существующим правилам, все разъяснения по существу окончательного диагноза родственники должны получить только после вскрытия у врача-патологоанатома. При возникновении вопросов лечащий врач в деликатной форме переадресовывает родственников к прозектору. Конфликты обычно возникают, когда клиницист еще до проведения патологоанатомического исследования дает объяснения близким по одной причине смерти, а затем патологоанатом выдает свидетельство о смерти, где указана другая причина.

Особо следует рассмотреть вопрос разговора с родственниками относительно возможностей отказа от вскрытия и от захоронения. Просьба родственников об отмене вскрытия может быть удовлетворена только в случае, если он не подпадает под категорию обязательного вскрытия. Отказ от захоронения мотивируется родственниками обычно двумя причинами – социального характера (невозможность нести финансовые затраты) либо удаленностью проживания родителей умершего ребенка и сложностью транспортировки. Врач может разъяснить, что для родственников предусмотрены социальные выплаты на погребение (компенсация). Однако в случае категорического отказа документация должна быть оформлена таким образом, чтобы в последующем были исключены просьбы других родственников о предоставлении тела для погребения (официальный отказ матери). Образец официального отказа от вскрытия и погребения помещен в Приложении. В случае осуществления вскрытия и согласия на погребение со стороны родственников обсуждение частных ритуальных вопросов находится вне компетенции врача. Все они решаются на уровне санитаров патологоанатомических отделений (бюро) или непосредственно с сотрудниками учреждений ритуальных услуг.

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И КЛИНИЧЕСКИЙ ЭПИКРИЗ, С КОТОРЫМ УМЕРШИЙ РЕБЕНОК НАПРАВЛЯЕТСЯ НА ВСКРЫТИЕ

3.1. Структура клинического диагноза

Клинический диагноз, представляемый в документации в связи со смертью пациента, содержит краткое врачебное заключение о патологических процессах и причинах смерти, выраженное в терминах международной классификации болезней (МКБ). Диагноз должен строго соответствовать рубрикам МКБ, строиться по патогенетическому принципу, учитывать этиологию болезни и анатомическую локализацию патологического процесса. Как клинический, так и патологоанатомический диагнозы включают в себя три основные рубрики – основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие болезни.

Основное заболевание – болезнь (нозологическая форма МКБ), которая сама по себе или через осложнения привела больного к смерти. В случаях, когда в качестве основного заболевания одну нозологическую форму выделить затруднительно, пользуются понятием комбинированного основного заболевания. Нозологические формы могут комбинироваться в следующих вариантах:

- конкурирующие заболевания
- сочетанные заболевания
- сочетание основного и фонового заболеваний.

Конкурирующие заболевания объединяют нозологические формы (болезни), каждая из которых сама по себе могла привести больного к смерти. При их сочетании состояние больного и течение болезни резко утяжеляются, что ускоряет наступление смерти.

Сочетанными заболеваниями называются такие, каждое из которых, взятое в отдельности, не смертельно, но, развиваясь одновременно, через совокупность осложнений приводят к смертельному исходу.

Фоновые заболевания – такая нозологическая форма, которая играет существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении патологического процесса. Они находятся в тесной этиологической и патогенетической связи с основным заболеванием и могут способствовать возникновению смертельных осложнений.

Второй раздел диагноза включает *осложнения основного заболевания* – присоединение патологических процессов, этиологически и

патогенетически связанных с основным заболеванием, реже – с лечебными воздействиями, что отягощает течение основного заболевания.

В третий раздел диагноза вносятся *сопутствующие* заболевания – те, которые не имеют ни этиологической, ни патогенетической связи с основным заболеванием и не играют существенной роли в генезе смерти. Медицинские мероприятия, примененные в целях лечения или диагностики заболевания, могут приводить к тяжелым осложнениям и смерти больных (ятрогенные заболевания или вторые болезни). Если смертельные осложнения наступили после обоснованных и правильно проведенных медицинских мероприятий, они должны трактоваться как смертельные осложнения основного заболевания, по поводу которого были предприняты.

При формулировании диагноза у мертворожденных и новорожденных, погибших в перинатальный период, сохраняются общие принципы его построения, однако имеется и ряд особенностей. Поскольку развитие плода происходит в рамках функциональной системы «мать-плацента-плод», то в формировании патологии существенную роль играют материнские и плацентарные факторы, каждый из которых должен быть отражен в диагнозе, включающем четыре составляющих. В первой его части отражаются заболевания плода и новорожденного в виде нозологических форм (согласно рубрикам XV и XVI классов МКБ) – основное заболевание, осложнения, во второй – патология последа, в третьей – патология матери (указывается основное заболевание, этиопатогенетически связанное с причиной смерти плода /новорожденного), в четвертой – условия наступления смерти.

3.2. Правила написания посмертного клинического эпикриза

В процессе прижизненной диагностики заболевания лечащий врач, как правило, уже имеет навыки по оформлению этапного эпикриза, а при выписке – выписного. Эти формы фиксируют изменения в клиническом течении заболевания и завершаются диагнозом заболевания на текущий момент. Оформление посмертного эпикриза имеет свои особенности. В связи с тем, что врач-патологоанатом перед вскрытием обычно знакомится с эпикризом (как с сжатой информацией о клиническом течении заболевания, основанной на истории болезни), он должен отражать важнейшие моменты, характеризующие динамику заболевания, такие как

время ухудшения состояния пациента, появление новых симптомов и т.д. В эпикризе также содержатся сведения как об исходном состоянии и клинический диагноз пациента на момент первого контакта с врачом, жалобы при поступлении, краткий анамнез жизни, особенности развития и перенесенные ранее заболевания, время наступления осложнений, лекарственные препараты, реанимационные пособия с указанием времени применения, установки катетеров, пребывания на ИВЛ, в конце – клиническое описание процессов умирания. В случае перинатальной смерти в эпикризе должен получить отражение акушерский анамнез матери, особенности течения настоящей беременности и родов. Эпикриз завершается обоснованием клинического диагноза, с которым труп отправляется на вскрытие.

РАЗДЕЛ 4. ПОРЯДОК ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧЕЙ-КЛИНИЦИСТОВ С ПАТОЛОГОАНАТОМОМ

Вскрытие осуществляется при наличии направления и оформленной истории болезни (развития), содержащей клинический диагноз и эпикриз. Секция мертворожденных осуществляется в присутствии акушера, принимавшего роды или прерывавшего беременность. Вскрытие умерших новорожденных происходит в присутствии лечащего врача-педиатра и/или реаниматолога. На вскрытие детей более старшего возраста, которые до развития заболевания и лечения в стационаре уже находились под наблюдением на поликлиническом участке, вызывается участковый педиатр. Он должен иметь при себе на вскрытии амбулаторную карту, в которой отражены особенности развития ребенка до наступления заболевания, ставшего причиной смерти.

Для умерших в ЛПУ нет ограничений на начало времени вскрытия. Его разрешается осуществлять практически сразу после медицинской констатации смерти при наличии правильно оформленной документации.

Вскрытие осуществляется в определенном порядке: наружный осмотр с антропометрией, вскрытие полостей, исследование органов по анатомическим системам. В ходе вскрытия умерших от инфекционных заболеваний или при подозрении на инфекционную этиологию процесса осуществляется взятие биологического материала для бактериологического и вирусологического обследования. По результатам патологоанатомических исследований оформляется текст протокола вскрытия трупа, содержащий описание макроскопического состояния органов и тканей. После гистологического исследования взятых на вскрытии образцов тканей и органов описания дополняются микроскопической картиной изменений. При исследовании последа (плацента, оболочки пуповины) в протокол также вносятся его макро- и микроскопическое описание с заключением. Анализ результатов вскрытия оформляется в виде патологоанатомического диагноза с указанием причины смерти. На основании патологоанатомического диагноза в полном соответствии с ним заполняются рубрики медицинского свидетельства о смерти, которое выдается родственникам умершего в день вскрытия.

Развернутый патологоанатомический диагноз, клинко-анатомический эпикриз оформляется в протоколе вскрытия после

всестороннего изучения случая с учетом данных гистологического исследования органов, результатов бактериологического и вирусологического исследований, а также других дополнительных методов диагностики. Выписка из протокола вскрытия, содержащая окончательный патологоанатомический диагноз и эпикриз, а в случае перинатальной смерти и заключение по состоянию плаценты, оформляется на отдельном бланке и клеивается на последнюю страницу в истории болезни, после чего последняя возвращается в архив ЛПУ. Полный протокол вскрытия остается в архиве патологоанатомического отделения и выдается только по специальному запросу и с разрешения главного врача или заведующего прозектурой. На весь процесс исследования случая патологоанатому отводится не более десяти дней. После завершения документа выписка, содержащая окончательный патологоанатомический диагноз и эпикриз, клеивается в историю болезни, которая передается в архив.

РАЗДЕЛ 5. ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ И ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ (ПРИНЦИПЫ ЗАПОЛНЕНИЯ)

На основании заключительного патологоанатомического диагноза врачом-патологоанатомом оформляется свидетельство о смерти. В случаях, когда патологоанатомическое вскрытие не проводилось, свидетельство оформляется заведующим отделением на основании предшествующего наблюдения за больным и записей в медицинской документации. В педиатрии используют две формы медицинского свидетельства о смерти, утвержденные Минздравсоцразвития России 26.12.2008г. №782н. Учетная форма №106-2/у-08, применяемая в случае смерти в перинатальный период и №106/у-08, применяемая для детей, умерших в остальные возрастные периоды (типовая, используемая и в случае смерти взрослых) (см. Приложение).

Бланк медицинского врачебного свидетельства содержит три пометки: «окончательное», «предварительное» или «взамен предварительного». Они соответствуют характеру патологоанатомического диагноза. Если диагноз после вскрытия не вызывает сомнения, свидетельство выдается родственникам с пометкой «окончательное». Если в ходе секции не удастся получить достаточно данных, позволяющих обосновать заключительный диагноз, и для завершения диагностики необходимо провести гистологическое исследование или вирусологическое и/или бактериологическое обследование материала с целью установления этиологии процесса, то в этом случае выдается свидетельство с пометкой «предварительное». Время, которое официально отводится на завершение исследования, равняется десяти дням. После уточнения причины смерти (основного заболевания) составляют новое свидетельство и с отметкой «взамен предварительного», пересылают в статистическое управление.

Бланк медицинского свидетельства имеет две части (верхнюю – «корешок» и нижнюю – собственно свидетельство), которые заполняются от руки. Заполнение врачебного свидетельства о смерти производят вписыванием необходимых сведений либо подчеркиванием соответствующих обозначений. Обе части бланка содержат однотипные графы, в которых требуется указать ФИО умершего, паспортные данные, дата рождения и смерти (для детей, включая время смерти). Данные вносят только в соответствии с записями, имеющимися в представленных документах, а не со слов родственников (свидетельство о рождении,

паспорт). В типовом свидетельстве, используемом для оформления детей, умерших до 1 года, указывается место рождения и данные о матери. Заполнению подлежат все пункты свидетельства. Наиболее подробно расшифровываются рубрики причины смерти. Причину смерти врач записывает в двух частях – 10 пункта корешка и 19 пункта свидетельства. Каждый из пунктов, в свою очередь, имеет две части - I и II. I часть имеет 3 строки – а, б, и в. В этой части указываются только этиологические и патогенетические связанные нозологические единицы, представленные в МКБ: в строке «а» - непосредственная причина смерти, т.е. заболевание, непосредственно при ведущее к смерти или осложнение основного заболевания; в строки «б» и «в» - основное заболевание (первоначальную причину смерти). Таким образом, последняя запись на нижней строке «свидетельства» должна соответствовать первоначальной причине смерти (основному заболеванию). В каждой строке должно быть записано только одно заболевание или осложнение. Во II части пункта «причина смерти» отмечают прочие важные заболевания, которые имелись у больного к моменту смерти и оказали неблагоприятное влияние на течение основного заболевания. Как правило, в эту часть вносят сочетанные, фоновые или конкурирующие заболевания. Сопутствующие заболевания, обозначенные в диагнозе, в свидетельство о смерти не записывают. В пункте 18 подчеркивается, кем из медицинского персонала были установлены причины смерти (лечащим врачом, патологоанатомом, судмедэкспертом). В пункте 13 «корешка» и 22 «свидетельства» ставится подпись врача, выдавшего медицинское свидетельство и дается ее расшифровка, а также подпись руководителя медицинской организации. После заполнения нижняя часть скрепляется гербовой печатью учреждения и выдается родственникам, а верхняя часть («корешок») с подписью получателя и его паспортными данными остается в архиве медицинского учреждения.

Пример. Недоношенный новорожденный (35 недель гестации). Жил 8 суток. Клинический диагноз: врожденный порок сердца.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание – сложный сочетанный порок сердца и сосудов (тетрада Фалло: дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии, гипертрофия правого желудочка, дэкстрапозиция аорты (Q 21.3).

Осложнение – двусторонняя полисегментарная пневмония

Фоновые заболевания: недоношенность,

Патология плаценты – хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

Свидетельство о смерти:

Причина смерти:

I а) Сердечно-легочная недостаточность

б) Двусторонняя полисегментарная пневмония

в) Врожденный порок сердца (тетрада Фалло) (Q 21.3).

II Недоношенность I степени

Учетная форма «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» отражает особенности структуры патологоанатомического диагноза в перинатальный период. Сюда относится определение этиопатогенетической связи между патологическим состоянием, повлекшим за собой смерть ребенка, и основным заболеванием матери или состоянием последа, обусловившим данное патологическое состояние.

В отличие от типового свидетельства о смерти перинатальное в рубрикации «причины смерти» состоит из одной части, содержащей пять строк «а, б, в, г, д». Записи в строках «а» и «б» относятся к патологии плода или новорожденного, «в» и «г» – к патологии матери и последа. В «д» – фиксируются прочие важные состояния или обстоятельства, имевшие отношения к мертворождению или смерти. В конце каждой строки имеется окно для внесения кода патологии в соответствии с рубриками МКБ. Приводим расшифровку.

23. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка;

--	--	--	--	--

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка;

--	--	--	--	--

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка;

--	--	--	--	--

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка;

--	--	--	--	--

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

--	--	--	--	--

Запись в строке «а» - основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка - должна соответствовать основному заболеванию патологоанатомического диагноза, т.е. первоначальной

причине смерти и должна быть представлена одним заболеванием, код которого идет для статистической разработки. Запись в строке «б» в случаях сочетанного или конкурирующего основного заболевания заполняется в отношении второго заболевания. В других случаях ее используют для записи одного или нескольких сопутствующих заболеваний.

Запись в строке «в» соответствует основному патологическому состоянию матери во время беременности, обусловившему неблагоприятный исход для плода (новорожденного). Как правило, указывается одно, основное заболевание, этиопатогенетически связанное с причиной смерти у плода. В случаях инфекционной патологии у плода (новорожденного) в этой строке можно отмечать как заболевания матери, так и инфекционную патологию последа.

В строке «г», которая также имеет отношение к состоянию матери или последа, указывают менее значимые, этиологически не связанные с патологией плода заболевания матери, но также оказавшие неблагоприятные влияния на течение беременности.

В строке «д», как правило, указывают фоновые заболевания или способы родоразрешения, например, второй плод из монохориальной биомиотической двойни, степень недоношенности и т.д.

РАЗДЕЛ 6. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ЛЕЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КОМИССИЯ

6.1. Порядок проведения клинико-анатомической конференции

Одной из важнейших профессиональных компетенций будущего выпускника становится совершенствование своей профессиональной деятельности (ФГОС-ПК-3), а также способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения врачебных ошибок (ПК-4). Реализации этих компетенций способствует участие врача-клинициста в клинико-анатомических конференциях и ЛКК [9]. На клинико-анатомических конференциях обсуждают и анализируют следующие летальные случаи:

- случаи нераспознанных при жизни заболеваний, в результате чего имеются расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;
- наблюдения, связанные с редкими и необычно протекающими заболеваниями;
- случаи запоздалой диагностики;
- случаи смерти пациентов после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств;
- случаи, завершившиеся смертью на дому в ближайшее время после выписки из стационара.

Участниками конференции, как правило, являются все врачи лечебно-профилактического учреждения или специализированного отделения крупной больницы и врачи, которые принимали участие в обследовании и лечении пациента на предшествующих этапах оказания медицинской помощи. В повестку конференций, периодичность которых устанавливается отдельным приказом по лечебному учреждению, включают не более двух случаев для разбора. Докладчиками на конференциях должны быть врачи, участвовавшие во всех этапах лечения умершего пациента, врач-патологоанатом и рецензент из числа наиболее квалифицированных врачей.

Первым докладчиком на конференции является лечащий врач, который представляет расширенный посмертный эпикриз, где отражена динамика развития заболевания, а также результаты лабораторных исследований, и излагает методы применявшегося лечения. Из его доклада должны вытекать обоснованность врачебных действий в соответствии с клиническим диагнозом, с которым умерший был направлен на вскрытие. Врач-патологоанатом зачитывает протокол вскрытия, излагает результаты

гистологического исследования, а также дополнительных методов (вирусологические, бактериологические и пр.). Им обосновывается окончательный патологоанатомический диагноз, проводится сопоставление клинических и патологоанатомических данных, расшифровывается танатогенез и дается заключение о совпадении или расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов. Присутствующие задают вопросы обоим врачам с целью уточнения информации о течении заболевания, его сущности, обоснованности действий клинициста, также уточняют подробности протекания процесса и отражения его на состоянии органов. Оба выступления должны быть закончены четким обоснованием диагноза и особенности данного случая в отношении клинического течения, этиологии, патогенеза причин и механизма смерти. В качестве оппонента выступает рецензент, который анализирует действия клинициста, исходя из окончательного диагноза. На основании предварительного анализа истории болезни, данных патологоанатомического вскрытия, знакомства с современной литературой по данной проблематике он высказывает квалифицированное мнение о динамике заболевания и адекватности предложенных методов его диагностики и лечения, отмечает дефекты по разным направлениям – от выбора неэффективных методов лечения до неполноты описания объективных данных в истории болезни. В происходящей далее дискуссии свое мнение по ведению данного случая может высказать каждый присутствующий врач. После обмена мнениями председатель конференции (чаще всего - руководитель ЛПУ) обобщает суждения участников, высказывает свои предложения по предотвратимости (непредотвратимости) данного случая в условиях вверенного ему ЛПУ и формулирует решение ЛКК.

6.2. Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов

При сопоставлении клинического и патологоанатомического диагнозов конференция должна установить следующие категории оценок:

- наличие совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания,
- наличие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов основного заболевания,
- наличие расхождения диагнозов по важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболевания и явившемся основной причиной смерти.

Расхождением в диагнозах по основному заболеванию считают следующие несовпадения:

- по нозологическому признаку,
- по этиологии,
- по локализации патологического процесса,
- по ошибочному диагнозу одного из заболеваний, входящих в состав основного комбинированного.

Определяют также причины расхождения диагнозов. К причинам (объективным и субъективным) относятся следующие: недостаточное обследование пациента, объективные трудности исследования (неправильная диагностика на догоспитальном этапе, кратковременное пребывание пациента в стационаре, тяжелое бессознательное состояние и др.), недоучет или переоценка данных клинического наблюдения, анамнеза, а также лабораторных и инструментальных исследований, неправильная оценка заключения консультанта, неправильное построение и оформление диагноза. В каждом случае необходимо выявлять не только причины, но и категории расхождения диагнозов.

В отечественной медицине установлены 3 категории расхождения диагнозов. К первой относятся расхождения, при которых заболевание оказалось нераспознанным на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении установление правильного клинического диагноза было невозможным из-за объективных трудностей: тяжести состояния больного, кратковременности пребывания в больнице (досуточная летальность). Вторая категория оценивает расхождения, когда заболевание оказалось нераспознанным в данном лечебном учреждении из-за недостаточного обследования больного или из-за недоучета либо переоценки каких-либо данных. Однако в этом случае принимают во внимание, что ошибочный диагноз не повлиял на смертельный исход заболевания. К третьей категории относят те расхождения, когда неправильный диагноз, поставленный в данном лечебном учреждении, привел к ошибочной врачебной тактике, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

По результатам разбора случая на конференции заключительный диагноз корректируется и в новой формулировке фиксируется в истории болезни. После этого случай считается завершенным, и история болезни передается в архив.

РАЗДЕЛ 7. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ (ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ)

1. Достоверный признак смерти:
 - а) снижение температуры тела ниже +20 С,
 - б) отсутствие пульса,
 - в) отсутствие сердцебиений,
 - г) отсутствие самостоятельного дыхания.
2. Кто обладает правом отмены патологоанатомического вскрытия?
 - а) лечащий врач,
 - б) зав. отделением больницы, где произошла смерть,
 - в) главврач больницы,
 - г) зав. патологоанатомическим отделением.
3. В каких случаях вскрытие нельзя отменить?
 - а) не был установлен клинический анализ при жизни,
 - б) в случае смерти в момент проведения инструментально-диагностического исследования,
 - в) в случаях острого инфекционного заболевания,
 - г) все вышеперечисленное верно.
4. В случае смерти пациента в истории болезни лечащий врач оформляет:
 - а) посмертный эпикриз,
 - б) диагноз, с которым тело направляется на вскрытие,
 - в) краткий перечень выполненных манипуляций и назначений
 - г) верно а и б,
 - д) верно б и в.
5. Важнейшие моменты, которые должны быть отражены в посмертном эпикризе:
 - а) исходное состояние и динамика заболевания,
 - б) время регистрации ухудшения состояния,
 - в) появление новых симптомов,
 - г) клиническое описание процессов умирания,
 - д) все вышеперечисленное.
6. В каких случаях медицинское свидетельство о смерти выдается с пометкой «предварительное»:
 - а) диагноз не был установлен на основании выявленных морфологических признаков заболевания,

- б) требуется полное гистологическое исследование секционного материала,
 - в) необходимо дополнительное вирусологическое или бактериологическое исследование секционного материала,
 - г) верно все вышеперечисленное.
7. Случаи смерти, подлежащие рассмотрению на патологоанатомической конференции: все, кроме:
- а) не распознанные при жизни заболевания, но установленные после вскрытия,
 - б) случаи запоздалой диагностики,
 - в) случаи, связанные с редкими или необычно протекающими заболеваниями,
 - г) случаи онкологических заболеваний с морфологически верифицированной опухолью.
8. Объективная причина расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов:
- а) кратковременность пребывания больного в стационаре,
 - б) недоучет данных анамнеза,
 - в) недостаточность обследования,
 - г) низкая квалификация врача.
9. Вскрытию с последующим оформлением медицинского свидетельства о смерти подлежат мертворожденные и умершие новорожденные в сроке гестации:
- а) менее 22 недель,
 - б) более 22 и менее 28 недель,
 - в) более 28 недель.
10. Наиболее частой причиной отказа родителей от захоронения умершего ребенка считается:
- а) тяжелое эмоциональное состояние родителей,
 - б) отсутствие материальных средств,
 - в) тяжелые послеродовые осложнения у матери,
11. Последовательность выступления участников лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) по разбору летальных случаев:
- а) рецензент, врач-реаниматолог, патологоанатом, лечащий врач-педиатр,
 - б) врач-реаниматолог, патологоанатом, рецензент, лечащий врач-педиатр,

в) лечащий врач-педиатр, врач-реаниматолог, патологоанатом, рецензент,

г) патологоанатом, рецензент, врач-реаниматолог, лечащий врач-педиатр.

12. Являются ли тождественными следующие два понятия: основное заболевание и основная причина смерти:

а) да,

б) нет.

13. Ситуационная задача. У ребенка, родившегося мертвым, в сроке гестации 41 недели, установлено тугое обвитие пуповины вокруг шеи и начальные признаки мацерации кожного покрова. На секции выявлены изменения в легких – с разреза при надавливании на ткань из бронхов выделяются густые зеленоватые массы.

Определить основное заболевание (1) и какой тип медицинского свидетельства о смерти следует оформить (2):

а) бронхолегочная дисплазия,

1. б) болезнь гиалиновых мембран,

в) синдром массивной аспирации околоплодных вод и мекония,

г) ателектаз легких.

2. а) типовое медицинское свидетельство о смерти,

б) медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

14. Ситуационная задача. Новорожденный ребенок массой тела 4 кг 300 граммов умер на вторые сутки жизни. На вскрытии в полости черепа выявлен разрыв намета мозжечка слева и кровоизлияние в заднюю черепную ямку.

Задание: сформулировать патологоанатомический диагноз и непосредственную причину смерти.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. а; 2 в; 3 г; 4 г; 5 д; 6 г; 7 г; 8 а; 9 б; 10 б; 11 в; 12 а; 13 -1 -в; 13 – 2 – б.

14 Патологоанатомический диагноз: осн.: родовая травма черепа, разрыв намета мозжечка. Осл.: кровоизлияние в заднюю черепную ямку. Фон: крупный плод. Непосредственная причина смерти - кровоизлияние в заднюю черепную ямку со сдавлением ствола головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный Государственный Образовательный Стандарт высшего профессионального образования по специальности 060103 Педиатрия от 8 ноября 2010 г. № 1122
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр). Т.1. – Женева:ВОЗ, 1995
3. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 № 5487-1) (ред. от 18.07.2011) Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий
4. Закон о проведении патологоанатомических вскрытий от 22.08.2004 №122-ФЗ;
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26 декабря 2008 года за №782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти»;
6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 декабря 2011 года № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».
7. Патология. Учебник для вузов в двух томах. Под ред. М.А.Пальцева, В.С.Паукова. – М., 2008
8. Добряков И.В. Перинатальная психология. – С-Пб, 2011
9. Коваленко В.Л. Руководство по секционно-биопсийному курсу. – М: Медицина, 2007