

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра патологической анатомии

Авторы:

Л.А.Шибанова, заведующий кафедрой, к.м.н., доцент

А.В.Мишин, старший преподаватель

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для проведения практического занятия
по учебной дисциплине «Патологическая анатомия»

для студентов

6 курса лечебного факультета и факультета иностранных студентов (обучение на русском языке),
обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело», профиль субординатуры «Акушерство и гинекология», «Анестезиология и реаниматология», «Терапия», «Общая врачебная практика», «Хирургия»

Тема: «Понятие о диагнозе. Особенности патологоанатомического диагноза, его структура. Правила формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Клинико-анатомические сопоставления. Порядок оформления врачебного свидетельства о смерти»

Время: 7 часов

Утверждено на заседании кафедры патологической анатомии
(протокол от 30.08.2025 № 1)

УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Учебная цель:

Уточнить значение фундаментальных знаний по патологической анатомии в клинической практике.

Воспитательная цель:

- в рамках образовательного процесса по данной учебной дисциплине студент должен приобрести не только теоретические знания, практические умения и навыки по специальности, но и развить свой личностный потенциал, сформировать качества ответственности и патриотизма, готового к активному участию в экономической, социально-культурной и общественной жизни страны, осознать социальную значимость своей будущей профессиональной деятельности, нормы медицинской этики и деонтологии, научиться соблюдать учебную и трудовую дисциплину. В рамках изучения учебного материала, осознать важность ведения здорового образа жизни, и, как пример в будущем, при выполнении профессиональных обязанностей, подавать пример окружающим и своим пациентам.

Задачи:

В результате проведения учебного занятия студент должен

знать:

- правила формирования заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
- правила формулировки основного комбинированного диагноза.
- правила клинико-анатомических сопоставлений.
- правила оформления врачебного свидетельства о смерти.

уметь:

- определять основные общие патологические процессы и заболевания по гистологическим препаратам при световой микроскопии;
- диагностировать патологические процессы и заболевания по описанию макро- и микроскопических изменений органов и тканей организма;

владеть:

- навыками клинико-анатомического анализа;
- основами синтетического обобщения морфологических диагностических признаков болезней и правильного их толкования в причинно-следственных отношениях.

Мотивация для усвоения темы:

Прохождение секционно-биопсийного курса играет важную роль в учебно-воспитательном процессе по подготовке квалифицированного врача-специалиста. Освоение знаний о роли и месте патологоанатомической службы в системе практического здравоохранения имеет медицинскую и социальную значимость, особенно в плане интеграции со знаниями, полученными студентами на других кафедрах.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ

1. Положение о работе и протокол заседания клинико-анатомической конференции.
2. Архивные протоколы патологоанатомического исследования.
3. Инструкция о порядке заполнения врачебного свидетельства о смерти.
4. Бланки врачебных свидетельств о смерти.
- таблицы;
- телевизор;
- мультимедийная презентация

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

1. Анатомия человека:

- макроскопическое строение внутренних органов и систем органов человека.

2. Гистология, цитология, эмбриология:

- микроскопическое строение внутренних органов и систем органов человека.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Вопросы современной теории диагноза:
 - а) Диагноз в медицине, его виды, функции.
 - б) Структура диагноза, его рубрики.
 - в) Принципы и правила формулирования заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
 - г) Понятие о нозологической единице.
2. Международная классификация болезней (МКБ).
3. Особенности клинико-анатомических сопоставлений.
4. Правила оформления врачебного свидетельства о смерти.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

Диагноз – (клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский) является обязательной составной частью медицинской документации – карт амбулаторного и стационарного больного, протокола патологоанатомического вскрытия, судебно-медицинской экспертизы трупа. Согласно одному из наиболее полных определений, диагноз – это краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге. Принципы (единые требования) формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов едины: нозологический, соответствие Международной классификации

болезней последнего пересмотра (МКБ- 10), дополнительная интранозологическая характеристика, патогенетический, структурность с унифицированными рубриками, фактическая, логическая обоснованность и достоверность.

Заключительный клинический и патологоанатомический диагнозы должны быть рубрифицированы, то есть всегда записаны в виде следующих трех рубрик диагноза:

1. «Основное заболевание» – при монокаузальном диагнозе представлено одним заболеванием (травмой), при бикаузальном («Комбинированное основное заболевание») – двумя нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями) при мультикаузальном («Полипатии») – тремя и более заболеваниями. Следует, по возможности, избегать формулировки диагноза с указанием более двух основных заболеваний и ограничиваться моно- или бикаузальными вариантами из-за особенностей дальнейшей статистической обработки медицинской информации и с целью соблюдения причинно-следственных (этиологических и патогенетических) принципов построения диагноза.

Основное заболевание может быть комбинированным и представленным двумя и более нозологическими единицами (конкурирующими, сочетанными или основным и фоновым заболеваниями). В случаях летальных исходов определения этих терминов следующие.

Конкурирующие заболевания – это нозологические единицы или травмы, которыми одновременно страдал умерший и каждая из них в отдельности несомненно могла привести к смерти.

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

Фоновым заболеванием является такое, которое этиологически не связано с основным, но включилось в общий патогенез с основным заболеванием, явилось одной из причин его развития, впоследствии отягощало течение и способствовало возникновению смертельных осложнений, приведших к летальному исходу. При ятрогенном основном заболевании фоновым становится то, по поводу которого производилось медицинское мероприятие.

В случаях, когда основное заболевание представлено двумя нозологическими единицами, при оформлении диагноза первую рубрику обозначают не как «Основное заболевание», а как «Комбинированное основное заболевание». Далее указывают: конкурирующие заболевания, или сочетанные заболевания, или основное заболевание и после него – фоновое заболевание, и перечисляют каждое из них с красной строки (рекомендуется под номерами – цифрами 1, 2 и т.д.). При полипатиях также перечисляют нозологические формы под номерами – цифрами 1, 2, 3 и т.д.

Следует стремиться к оформлению диагноза по моно- или бикаузальному принципу.

В случае летального исхода основное заболевание – это одна или несколько нозологических единиц, которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к смерти больного.

Для этапных клинических диагнозов определение основного заболевания шире: основным является то заболевание (травма, патологический процесс), которое явилось причиной обращения к врачу, причиной госпитализации и лечебно-диагностических мероприятий, а при неблагоприятном исходе привело к инвалидизации или смерти больного.

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

Не допускается указание в качестве основного заболевания тех нозологических единиц, которые были диагностированы на более ранних этапах лечебно-диагностического процесса, но которые не оказали влияния на текущий эпизод лечебно-диагностического процесса или не явились причиной смерти.

Не допускается в качестве основного заболевания указывать только групповые (родовые) понятия, такие, как «Ишемическая болезнь сердца», «Хроническая ишемическая болезнь сердца», «Цереброваскулярная болезнь», «Хроническая обструктивная болезнь легких» и др., без последующего (после двусточия) уточнения конкретной нозологической единицы (соответственно, например, «острый инфаркт миокарда», «постинфарктный (крупноочаговый кардиосклероз», «ишемический инфаркт головного мозга», «хронический гнойный обструктивный бронхит в стадии обострения» и др.).

В патологоанатомических диагнозах вообще не следует указывать родовые понятия, требуется начинать каждую рубрику диагноза с конкретной нозологической единицы (если это невозможно – с синдрома и др.).

Не допускается употребление в любой рубрике диагноза терминов «атеросклероз», «общий атеросклероз», «генерализованный атеросклероз», «атеросклероз аорты и крупных артерий» без уточнения поражения конкретных

артерий и органов. Только атеросклероз аорты, почечных артерий, артерий нижних конечностей могут быть указаны в диагнозе при наличии связанных с ними смертельных осложнений (разрыв аневризмы, атеросклеротическая гангрена конечности и др.). Для таких случаев в МКБ-10 имеются соответствующие коды.

2. «Осложнения основного заболевания», включая смертельное осложнение при наступлении летального исхода. Среди всей группы осложнений основного заболевания выделяют одно важнейшее – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). Выделение более одного смертельного осложнения делает невозможным их достоверный анализ и статистический учет. Смертельное осложнение допустимо указывать в начале рубрики «Осложнения основного заболевания», нарушая их патогенетическую или временную последовательность.

3. «Сопутствующие заболевания». Сопутствующие заболевания – это одна или несколько нозологических единиц, которые в данное время (в ходе последнего эпизода оказания медицинской помощи, при наступлении летального исхода) не

были непосредственно связаны с основным заболеванием и, в случае летального исхода, не принимали участия в танатогенезе. При этом по поводу этих заболеваний могли производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия. Сопутствующие заболевания не могут иметь смертельных осложнений.

Сличение клинического и патологоанатомического диагнозов

В каждом лечебном учреждении обязательно проводится сличение клинических и патологоанатомических диагнозов.

Целью сличения является установление:

- что из имевшейся у умершего патологии не было распознано при жизни;
- что из имевшейся у умершего патологии было распознано при жизни несвоевременно;
- какую роль сыграли дефекты прижизненной диагностики в смертельном исходе заболевания.

Сличению подлежат все разделы клинического и патологоанатомического диагнозов: основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания и их осложнения. Эти разделы диагнозов должны быть четко выделены и не иметь различных толкований.

Сличается клинический заключительный диагноз, вынесенный на титульный лист карты стационарного больного или четко сформулированный диагноз в амбулаторной карте, если лечение проводилось на дому. Без даты установления диагноз не может считаться полноценным.

Если заключительный диагноз (клинический) установлен посмертно, а не в процессе обследования и лечения больного и не совпадает с прижизненно установленным диагнозом, то для сличения берется последний (предшествующий смерти больного) клинический диагноз.

Сличению подлежит окончательный патологоанатомический диагноз, вписанный в карту стационарного или амбулаторного больного патологоанатомом.

В разделе диагнозов "основное заболевание" учитывается нозологическая форма, которая сама или через свои осложнения привела к смерти больного. Не допускается подмены нозологических форм синдромами, а также групповыми названиями болезней. В качестве "основного заболевания" могут выступать лечебно-диагностические мероприятия, если они проведены технически неправильно, необоснованно и привели к смерти больного. В некоторых случаях в разделе "основное заболевание" могут выступать две и более нозологические формы, т.е. может быть вставлено так называемое "основное комбинированное заболевание". При этом выступающие в качестве основных заболеваний могут иметь следующие взаимоотношения:

- конкурирующие заболевания, если каждое из них могло вызвать в данный момент смерть больного;

- сочетание заболеваний, если в отдельности каждое из них не привело бы в данный момент к смерти, но сочетание их было смертельно;

- основное и фоновое заболевание, где фоновым является заболевание, которое повлияло на патогенез основного, обусловило особую его тяжесть и через это сыграло важную роль в смертельном исходе.

В разделе "осложнения" учитываются все патологические процессы, которые не могут возникнуть самостоятельно и патогенетически тесно связаны с основным заболеванием, а также те осложнения, которые наступили после обоснованно и правильно проведенных лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций по поводу основного заболевания.

В разделе "сопутствующие заболевания" учитываются нозологические формы, которые не имеют этиологической или патогенетической связи с основным заболеванием и не сыграли существенной роли в генезе смерти.

При сличении диагнозов по основному заболеванию устанавливаются следующие виды оценок:

- а) совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов при своевременной диагностике основного заболевания;

- б) совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов при запоздалой диагностике основного заболевания. Запоздалой диагностикой в данном лечебном учреждении считается установление правильного диагноза на том этапе заболевания, когда лечебное мероприятие не успевает оказать должное действие и оказывается неэффективно;

- в) расхождение основного клинического и патологоанатомического диагнозов.

Расхождение диагнозов устанавливается в том случае, если неправильно диагностирована нозологическая форма основного заболевания, его этиология или локализация; если не распознано одно из заболеваний, составляющее основное комбинированное заболевание; если основное заболевание записано в

клиническом диагнозе в разделе "сопутствующие заболевания", в связи с чем основные лечебные мероприятия были направлены на лечение другого заболевания, ошибочно трактовавшегося как основное заболевание; если заключительный клинический диагноз установлен посмертно, а не в процессе обследования и лечения больного.

После установления факта расхождения диагнозов по основному заболеванию необходимо указать причину и определить категорию расхождения. В качестве основных причин расхождения диагнозов следует учитывать:

- а) недостаточность обследования больного;
- б) объективные трудности исследования (тяжелое, бессознательное состояние больного, кратковременность пребывания в стационаре);
- в) недоучет клинических данных;
- г) недоучет анамнестических данных;
- д) недоучет лабораторных и рентгенологических данных;
- е) переоценка лабораторных и рентгенологических данных;

- ж) переоценка диагноза консультантов;
- з) неправильное оформление и построение диагноза;
- и) прочие причины.

Выделяются следующие категории расхождения диагнозов основного заболевания:

К I-ой категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей (коматозное состояние больного, кратковременность его пребывания, смерть в приемном отделении и т.д.). Расхождения диагнозов первой категории должны быть отнесены к тем лечебно-профилактическим учреждениям, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки (на предыдущем этапе лечения) и имели объективные возможности правильной диагностики.

Ко II-ой категории следует относить случаи, при которых заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, при этом следует учитывать, что правильная диагностика необязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, однако правильный диагноз мог и должен быть поставлен.

К III-ей категории следует относить случаи, при которых неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

Наряду с оценкой случая по основному заболеванию следует проводить сличение диагнозов по важнейшим смертельным осложнениям и ведущим сопутствующим заболеваниям, при этом могут иметь место четыре вида оценки:

- 1) распознаны своевременно;
- 2) совпадение диагнозов при запоздалой диагностике;
- 3) не распознаны;
- 4) диагностированы избыточно (гипердиагностика).

Необходимо также при сличении клинических и патологоанатомических диагнозов выявлять случаи неправильного оформления клинического (заключительного) диагноза.

Порядок оформления врачебного свидетельства о смерти.

Регламентируется Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.2010 № 168 «Об установлении форм "Медицинская справка о рождении", "Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)" и утверждении инструкций о порядке их заполнения» и Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.01.2014 № 2 «О внесении дополнений и изменений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 2010 г. № 168».

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) (форма 106/у-10 «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)») является медицинским документом, подтверждающим факт смерти гражданина.

В случае смерти детей (плодов) при многоплодных родах врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) заполняется на каждого ребенка (плод) отдельно.

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдается в соответствии с пунктом 7.4 перечня административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 г. № 200 «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2010 г., № 119, 1/11590).

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) заполняется:

1. лечащим врачом организации или врачом, его заменяющим, на основании: наблюдения за пациентом (в случае мертворождения или смерти ребенка первого года жизни – на основании наблюдения за течением беременности и родов у матери ребенка (плода);

записей о наличии патологических состояний, которые могут привести к смерти и отражающих состояние пациента (в случае смерти вне больничной организации – в течение 6 последних месяцев жизни), в соответствующих формах медицинских документов, установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

2. врачом-патологоанатомом или государственным медицинским судебным экспертом – на основании изучения медицинских документов (при их наличии) и результатов вскрытия.

Причины смерти оформляются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой в 1989 году сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – МКБ-10).

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдается лицам, которые в соответствии с законодательными актами вправе делать заявление о регистрации смерти.

Запрещается заполнение врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) без личного установления факта смерти медицинским работником (врачом, фельдшером, помощником врача).

В случаях производства вскрытий в централизованных патологоанатомических бюро (отделениях) или патологоанатомических отделениях других организаций здравоохранения руководитель территориальной организации здравоохранения устанавливает порядок передачи заполненных врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) в организации, откуда были доставлены умершие (мертворожденные).

Для осуществления контроля достоверности информации, указываемой во врачебных свидетельствах о смерти (мертворождении), за своевременностью их выдачи и сохранности руководитель организации в установленном порядке назначает ответственное лицо.

Бланк врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) состоит из двух частей: отрывного корешка врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) (далее – корешок) и врачебного свидетельства о смерти (мертворождении).

Бланки врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) и корешки хранятся у ответственного лица.

Корешки подлежат хранению по месту выдачи врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) в течение одного года после окончания календарного года, в котором было выдано врачебное свидетельство о смерти (мертворождении), после чего подлежат уничтожению в установленном порядке.

Неправильно заполненные бланки врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) и корешки к ним перечеркиваются, на их лицевой стороне делается запись: «Испорчено». Испорченные бланки врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) вместе с корешками хранятся и уничтожаются в установленном порядке.

В случае утери врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) лицом, его получившим, ему выдается дубликат врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) в порядке и сроки, установленные пунктом 7.12 перечня административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлению граждан, с отметкой в правом верхнем углу «Дубликат».

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдается с отметкой «Окончательное», либо «Предварительное», либо «Взамен предварительного», либо «Взамен окончательного» лицам, указанным в пункте 5 настоящей Инструкции.

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) с отметкой «Предварительное» заполняется в случаях, если по каким-либо причинам задерживается вскрытие трупа (в этом случае причина смерти указывается в соответствии с заключительным клиническим диагнозом), когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования (например, бактериологические, гистологические, химические и другие).

Если было выдано врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) с пометкой «Предварительное», то после вскрытия трупа, дополнительных исследований заполняется новое врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) с отметкой «Взамен предварительного № ____» и пересылается организацией непосредственно главному статистическому управлению области, города Минска не позднее чем через два месяца после выдачи свидетельства о смерти (мертворождении) с пометкой «Предварительное».

Если было выдано врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) с пометкой «Окончательное» лечащим врачом организации или врачом, его заменяющим, врачом-патологоанатомом (далее – врач), государственным медицинским судебным экспертом, после выдачи которого были получены дополнительные медицинские и (или) иные документы, в том числе результаты дополнительных исследований, то в той же организации заполняется новое врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) с отметкой «Взамен окончательного № ____» и с обоснованием его замены направляется непосредственно в главное статистическое управление области, города Минска не позднее чем через два месяца после выдачи врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) с пометкой «Окончательное».

Запись о выдаче врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) – его дата, номер, причина смерти (в соответствии с пунктом 8 врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) и кодами МКБ-10), инициалы, фамилия лица, выдавшего врачебное свидетельство о смерти (мертворождении), должна быть сделана в соответствующих формах медицинских документов, установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) заполняется на любом из государственных языков Республики Беларусь фиолетовыми или черными чернилами (пастой), разборчивым почерком или с использованием компьютерных технологий. Заполнению в обязательном порядке подлежат все пункты врачебного свидетельства о смерти (мертворождении).

Заполнение врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) производится путем внесения необходимых сведений в соответствующие графы или отметки крестиком ячейки, соответствующей одному из предложенных ответов.

При заполнении врачебного свидетельства о смерти (мертворождении):

даты указываются арабскими цифрами в одну строку в последовательности: число, месяц, год;

все цифровые данные в ячейки должны вноситься справа, в пустые ячейки слева добавляется цифра «0»;

в случае, если установить необходимые для заполнения сведения не представляется возможным, в соответствующую графу вносится запись «Неизвестно» или соответствующие ячейки перечеркиваются и рядом с ними на свободном месте делается запись «Неизвестно»;

в случае исправлений на полях документа должна быть сделана отметка об их достоверности, подписанная лицом, вносившим исправления, и заверенная печатью организации, выдавшей справку.

Заполнение врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) осуществляется в следующем порядке:

Перед заполнением врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) врач, государственный медицинский судебный эксперт делает отметку путем подчеркивания: «Окончательное», «Предварительное», «Взамен предварительного», «Взамен окончательного» и указывает номер;

В пункте 1 указывается фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) умершего (фамилия матери мертворожденного), идентификационный номер умершего в соответствии с документом, удостоверяющим личность умершего (при его наличии);

В пункте 2 указывается пол умершего (мертворожденного);

В пункт 3 вносятся сведения о месте жительства умершего (матери мертворожденного, умершего ребенка). При записи наименования населенного пункта указывается его тип: г. – город, пгт – поселок городского типа, пос. – поселок, дер. – деревня, аг. – агрогородок;

В пункт 4 вносится дата рождения умершего. В случае мертворождения и смерти детей 0–6 дней жизни обязательно указывается время рождения (часы, минуты);

В пункте 5 указывается масса тела ребенка (плода) при рождении в граммах с точностью до грамма;

В пункте 6 указывается дата смерти, обнаружения трупа. В случае мертворождения и смерти детей первого года жизни обязательно указывается время их смерти (часы, минуты);

В пункте 7 указываются сведения о месте наступления смерти (мертворождения);

В пункте 8 врач, государственный медицинский судебный эксперт, заполняющий врачебное свидетельство о смерти (мертворождении), указывает свою фамилию, инициалы, должность, основания, позволяющие ему определить последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и устанавливает причину смерти:

в строке а) первой части (I) пункта 8 записывается непосредственная причина смерти (мертворождения), то есть заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти. В тех случаях, когда причину смерти

ребенка (плода) установить не удастся, в строке «а» следует записать: «Причина смерти ребенка не установлена»;

в строке б) указывается то патологическое состояние (заболевание), которое вызвало или обусловило непосредственную причину смерти (мертворождения). Если это заболевание (состояние) явилось следствием какого-либо другого заболевания, то оно записывается также в строку с);

если имело место только одно явление в цепи болезненных процессов, достаточно записи на строке а);

в каждой строке части I (строки а)–с)) может быть указано только одно заболевание или состояние;

во второй части (II) пункта 8 врачом, государственным медицинским судебным экспертом отмечаются прочие заболевания или патологические состояния, существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но причинно не

связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти;

третья часть (III) пункта 8 заполняется только в случае мертворождения и смерти новорожденного ребенка в первые шесть суток жизни. Строки d) и e) предусмотрены для записи состояний матери (последа), способствовавших или обусловивших смерть плода в перинатальном периоде;

в ряде случаев, когда не представляется возможным установление заболевания или состояния матери (последа), которые смогли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), в строке d) производится запись: «Причина со стороны материнского организма не установлена».

Причина смерти указывается в закодированном виде в соответствии с МКБ-10;

Пункт 9 заполняется в случае, если смерть последовала от воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и других причин). Указываются дата, место и обстоятельства, при которых произошла смерть.

Причина смерти указывается в закодированном виде в соответствии с МКБ-10;

Пункт 10 заполняется в случае смерти женщины во время беременности, родов или в течение одного года после родов.

Отметка в пункте 10 заполняется при любом заболевании (состоянии), в том числе в случае смерти от последствий воздействия внешних причин, и не является основанием для включения в материнскую смертность, так как является конкретизацией периода наступления смерти женщины во время беременности, родов или после родов;

В пункте 11 указывается, кем установлена причина смерти, соответствующая специальность врача, государственного медицинского судебного эксперта;

В пункте 12 указывается фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) матери, идентификационный номер (при его наличии) матери мертворожденного или умершего ребенка в возрасте 0–365 (366) суток, дата ее рождения в соответствии с документом, удостоверяющим личность, образование, семейное положение;

сведения о семейном положении матери мертворожденного и умершего ребенка в возрасте 0–365 (366) суток указываются на основании записей, содержащихся в документе, удостоверяющем личность, а в случае отсутствия документов, удостоверяющих личность, со слов матери;

В пункте 13 указывается порядок рождения ребенка (плода) в соответствующей ячейке;

В пункте 14 информация указывается в закодированном виде и заполняется на основании данных медицинских документов, отражающих наблюдение за беременной женщиной, роженицей, родильницей, новорожденным и ребенком первого года жизни, в соответствии с МКБ-10.

Дата выдачи врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) оформляется словесно-цифровым способом.

Подпись врача, государственного медицинского судебного эксперта, выдавшего врачебное свидетельство о смерти (мертворождении), заверяется печатью организации, в которой выдано врачебное свидетельство о смерти (мертворождении).

В корешке указываются сведения, полностью соответствующие сведениям, содержащимся во врачебном свидетельстве о смерти (мертворождении). Корешок подписывается врачом, государственным медицинским судебным экспертом, выдавшим врачебное свидетельство о смерти (мертворождении).

В корешке указываются инициалы, фамилия, документ, удостоверяющий личность, дата получения, подпись лица, получившего врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) [1,2,3,4,5,6].

Практическая часть

В ходе выполнения практической части занятия, студенты, работая с бланками форм 106-у/10 (врачебное свидетельство о смерти), обучаются правильному их оформлению.

Контроль усвоения темы осуществляется путем устного опроса, контрольной работы, решением ситуационных задач, решением тестовых заданий.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ (СРС)

Время, отведенное на самостоятельную работу студентов, может использоваться на:

- подготовку к лекциям, практическим занятиям;
- подготовку к итоговым занятиям;
- изучение вопросов, вынесенных на самостоятельное изучение;
- решение ситуационных задач;
- подготовку тематических докладов, презентаций;
- конспектирование учебной литературы;
- оформление информационных и демонстрационных материалов (плакаты, таблицы);
- составление тематической подборки литературных интернет-источников.

Основные методы организации самостоятельной работы студентов:

- написание и презентация реферата;
- выступление с докладом;
- изучение вопросов к темам, не освещаемых на практических занятиях;
- компьютерное тестирование.

Перечень заданий СРС:

- изучение нормативно-правовых актов (Приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь № 111 от 01.06.1993 года «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы Республики Беларусь»):

- решение ситуационных задач («Ситуационные задачи по патологической анатомии» <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/2957>);
- выполнение научно-исследовательской работы.

Контроль СРС осуществляется в виде:

- итогового занятия в форме устного собеседования;
- обсуждения рефератов;
- оценки при решении ситуационных задач на практическом занятии;
- индивидуальной беседы.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ УПРАВЛЯЕМОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА (УСРС)

Формами организации УСРС являются:

- написание реферата на заданную тему;

Перечень заданий УСРС для написания рефератов, создания мультимедийной презентации по темам:

1. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях нервной системы».
2. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях мочеполовой системы».
3. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях эндокринной системы».
4. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях дыхательной системы».
5. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях желудочно-кишечного тракта».
6. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при хирургической патологии».
7. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при онкопатологии».
8. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при инфекционных заболеваниях».
9. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях системы крови».
10. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при туберкулёзе».
11. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях соединительной ткани».
12. «Правила формулирования заключительного клинического диагноза при заболеваниях сердечно-сосудистой системы».

Формы контроля УСРС:

Устная форма:

1. Обсуждение рефератов.

Письменная форма:

1. Тесты.

2. Контрольные работы.

Устно-письменная форма:

1. Зачет.

Техническая форма:

1. Электронные тесты.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Патологическая анатомия. В 2 т. Т. 1. Общая патология : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по группе специальностей "Лечеб. дело", "Педиатрия", "Мед.-профилакт. дело" / под ред. В. С. Паукова. - 2-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 719 с. : ил., табл. - Рек. ГБОУ ВПО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова".

Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970453421.html> -

Дата доступа: 28.08.2025.

2. Патологическая анатомия. В 2 т. Т. 2. Частная патология : учебник для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по группе специальностей "Лечеб. дело", "Педиатрия", "Мед.-профилакт. дело" / под ред. В. С. Паукова. - 2-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 522 с. : ил., табл. - Рек. ГБОУ ВПО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова".

Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970453438.html> -

Дата доступа: 28.08.2025.

3. Pathomorphology : textbook / ed. by I.V. Sorokina, V.D. Markovskiy, D.I. Halata. - 2nd ed. - Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2020. - 327 p., [10] col. inserts : tab.

4. Klatt, E. C. Robbins and Cotran Atlas of Pathology : [with Student Consult Online Access] / Edward C. Klatt. - third edition. - Philadelphia : Elsevier, 2015. - 587 p. : il.

5. Robbins Basic pathology / [ed. by] Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Jon C. Aster. - 9th ed. - [Philadelphia] : Elsevier ; Saunders. - 910 p. : ill., scheme, tab.

6. Зубрицкий, М. Г. Атлас по патологической анатомии = Atlas of pathological anatomy : учеб. пособие для иностр. студентов учреждений высш. образования по специальности "Лечеб. дело" / М. Г. Зубрицкий, Н. И. Прокопчик, А. В. Шульга. - Минск : Вышэйшая школа, 2021. - 267, [1] с. : ил. - Допущено М-вом образования РБ.

7. Недзьведь, М. К. Патологическая анатомия : учеб. для студ. учрежд. высш. образ. по мед. спец. / М. К. Недзьведь, Е. Д. Черствый. - Минск : Вышэйшая школа, 2015. - 678 с., [16] цв. вкл. : ил., табл. - Утверждено Министерством образ. РБ.

Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9789850625151.html> -

Дата доступа: 28.08.2025.

8. Струков, А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 878 с. : ил., цв. ил.

Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970435519.html> -

Дата доступа: 28.08.2025.

9. Крылов, Ю. В. Краткое практическое руководство по патологической анатомии с элементами судебной медицины : для врачей-клиницистов (хирургов, онкологов, терапевтов, акушеров-гинекологов и организаторов

здравоохранения) / Ю. В. Крылов, С. В. Малашенко, А. Ю. Крылов. - Изд. 3-е, доп. - Витебск : ВГТУ, 2016. - 346 с. : ил., цв. портр., табл.

10. Патоморфология туберкулеза : учеб.-метод. пособие для студ. 3 курса лечеб. и мед.-диагност. фак. мед. вузов, врачей-интернов патологоанатомов / УО "ГомГМУ", Каф. патологической анатомии ; [С.Ю. Турченко [и др.]]. - Гомель : ГомГМУ, 2017. - 29 с.

Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/2545> - Дата доступа: 28.08.2025.

11. Ситуационные задачи по патологической анатомии : учеб. - метод. пособие для студ. 3 курса лечеб., мед. - диагност. фак. мед. вузов и врачей - стажёров патологоанатомов / Министерство здрав. РБ, УО "ГомГМУ" , ГУ "РНПЦ РМ и ЭЧ», Каф. патологической анатомии с курсом судебной медицины ; авт. : И. Ф. Шалыга, М. Ю, Жандаров, С. Ю. Турченко, Л, А. Мартемьянова. – Гомель : ГомГМУ, 2015. - 66 с.

Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/2957> - Дата доступа: 28.08.2025.

12. Тестовые задания по патологической анатомии : учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса лечеб. и мед.-диагност. фак. мед. вузов, врачей-стажеров патологоанатомов / М-во здравоохранения РБ, УО "ГомГМУ", Каф. патологической анатомии ; [Т. В. Козловская [и др.]]. - Гомель : ГомГМУ, 2017. - 84 с.

Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/3368> - Дата доступа: 28.08.2025.

13. Самсонова, И. В. Патологическая анатомия. Ч. I. Общая патология = Pathological anatomy. Pt. I. General pathology : курс лекций : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечеб. дело" / И.В. Самсонова, О.В. Лесничая ; УО "ВГМУ", Каф. патологической анатомии с курсом судебной медицины. - 2-е изд. доп. и перераб. - Витебск, 2019. - 277 с. : ил., табл. - Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.

Режим доступа:

<https://elib.vsmu.by/bitstream/123/21558/1/Pathological%20Anatomy.%20Part%201.pdf> - Дата доступа: 28.08.2025.

14. Самсонова, И. В. Патологическая анатомия. Ч. II. Частная патология = Pathological anatomy. Pt. II. Systemic pathology : курс лекций : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечеб. дело" / И.В. Самсонова, В.А.Клопова ; УО "ВГМУ", Каф. патологической анатомии с курсом судебной медицины. - 2-е изд., доп. и перераб. - Витебск, 2020. - 493 с. : табл. - Рек. УМО по высш. мед., фармацевт. образованию.

Режим доступа: https://elib.vsmu.by/bitstream/123/22682/1/Samsonova-IV_Patologicheskaja_anatomiia_Kurs_lektsij_Ch-2_2020.pdf - Дата доступа: 28.08.2025.

15. Sobotta. Atlas of human anatomy. [V. 1]. General anatomy and musculoskeletal system / ed. by F. Paulsen, J. Waschke. - 15th ed. - München : Elsevier. Urban & Fischer, 2011. - 400 p. : ill., col. ill.

16. Sobotta. Atlas of human anatomy. [V. 2]. Internal organs / ed. by F. Paulsen, J. Waschke. - 15th ed. - München : Elsevier. Urban & Fischer, 2011. - 259 p. : ill., col. ill.

17. Sobotta. Atlas of human anatomy. [V. 3]. Head, neck, and neuroanatomy / ed. by F. Paulsen, J. Waschke. - 15th ed. - München : Elsevier. Urban & Fischer, 2011. - 370 p. : ill., col. ill.

18. Weir & Abrahams' imaging atlas of human anatomy / ed.: J. D. Spratt [and oth.] ; consultant eds.: J. Weir, P. H. Abrahams. – 5th ed. - [S.l.] : Elsevier, 2017. - xvi, 263 p. : ill.

19. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Беларусь № 111 от 01.06.1993 года «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы Республики Беларусь»
Режим доступа: <http://patan.by/menyu/administrativnyie-proczeduryi.html> - Дата доступа: 28.08.2025.

20. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека = Consultant of the doctor. Electronic medical library [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>. – Дата доступа: 28.08.2025.

21. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза = Student consultant. Electronic library of medical high school [Электронный ресурс] / Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», ООО «ИПУЗ». – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>. – Дата доступа: 28.08.2025.

22. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU = Scientific electronic library eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/>. – Дата доступа: 28.08.2025.

23. Springer Link [Electronic resource] / Springer International Publishing AG. – Access mode: <https://link.springer.com>. – Date of access: 28.08.2025.