



Российская Федерация  
Белгородская область

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**П Р И К А З**

от «19» августа 2011 г.

№ 2053

Файл скачан с сайта [www.mednet.ru](http://www.mednet.ru)

**О совершенствовании качества  
лечебно-диагностического процесса в ЛПУ  
Белгородской области**

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 года № 5487-1, в ред. Федерального закона от 29 декабря 2006 года №258-ФЗ, с изм. от 01.12.2007 года), в целях совершенствования анализа качества оказания медицинской помощи, выявления причин летальности, объективного контроля за своевременностью и адекватностью проводимого лечения в случаях с летальным исходом, а также для улучшения организации и повышения качества медицинской помощи жителям Белгородской области **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. Порядок оформления медицинской документации при направлении на патологоанатомическое исследование умерших больных в лечебно-профилактических учреждениях и на дому (приложение № 1);

1.2. Положение о комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ) (приложение № 2);

1.3. Положение о лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) (приложение № 3);

1.4. Положение о порядке организации и проведения клинико-патологоанатомических конференций (КАК) (приложение № 4).

1.5. Положение о регистрации ятрогенных осложнений (приложение № 5).

1.6. Методические рекомендации по рецензированию историй болезни и протоколов патологоанатомического исследования (приложение № 6).

1.7. Положение о патоморфологическом исследовании биопсийного и операционного материала (приложение № 7).

2. Управлениям здравоохранения администраций г. Белгорода, Старооскольского, Губкинского городских округов, руководителям организаций области, главным врачам лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), начальникам Областного патологоанатомического бюро Нагорному В.А., Областного бюро судебно-медицинской экспертизы Пирожкову И.В.:

2.1. Обеспечить проведение патологоанатомических исследований и судебно-медицинской экспертизы умерших в соответствии с законодательством Российской Федерации, приказом Минздравмедпрома России № 82 от 29.04.1994 г., приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 г. № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» с оформлением протоколов и заключений не позднее 15-го дня после аутопсии;

2.2. Обеспечить проведение патологоанатомических исследований и судебно-медицинской экспертизы всех случаев материнской смертности специалистами областного патологоанатомического бюро и бюро судебно-медицинской экспертизы;

2.3. Организовать порядок работы комиссии изучения летальных исходов (КИЛИ) и обеспечить их регулярное проведение в 3-й декаде месяца за предыдущий месяц, не позднее 45 дней после всех случаев смерти (в стационаре и на дому), обеспечить работу лечебно-контрольных комиссий (ЛКК), регулярно проводить клинико-патологоанатомические конференции (КАК) согласно графика не реже 1 раза в 2 месяца (приложения №№ 2,3,4).

3. Начальнику областного патологоанатомического бюро Нагорному В.А., начальнику областного бюро судебно-медицинской экспертизы Пирожкову И.В. при выявлении грубых дефектов в ведении больного, в случаях расхождения клинического и патолого-анатомического (судебно-медицинского) диагнозов III категории о смерти больных от ятрогенной патологии III категории немедленно докладывать руководству департамента здравоохранения и социальной защиты населения области.

4. Признать утратившим силу приказ управления здравоохранения Белгородской области от 11.11.1999 г. №271 «О дальнейшем совершенствовании качества лечебно-диагностического процесса на основе летальных исходов».

5. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на начальника управления организации медицинской помощи департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области К.А. Кукушкина.

**Начальник департамента -  
заместитель председателя  
правительства области**



**Н. Белоусов**

**Приложение №1**  
**к приказу начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной**  
**защиты населения области**  
**от «19» августа 2011 г. № 2053**

**ПОРЯДОК**  
**ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ**  
**НАПРАВЛЕНИИ НА ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЕ И СУДЕБНО-**  
**МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УМЕРШИХ В ЛЕЧЕБНО-**  
**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И НА ДОМУ**

1. Констатация факта наступления биологической смерти больного производится в лечебном учреждении: дежурным или лечащим врачом, дома: врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), о чем в истории болезни, медицинской карте делается соответствующая запись с указанием времени наступления смерти в часах и минутах.

При наступлении смерти во время обслуживания вызова бригадой скорой медицинской помощи, врач (фельдшер) бригады констатирует смерть, о чем производит запись в карте вызова и сообщает о случившемся в территориальное отделение полиции.

В случае обнаружении на трупе признаков насильственной смерти врач обязан сделать сообщение в территориальные органы внутренних дел.

К телу умершего прикрепляется бирка с указанием лечебного учреждения, отделения, фамилии, имени, отчества, даты рождения и смерти. Труп доставляется в морг сотрудниками отделения, где наступила смерть, или сотрудниками полиции, если смерть наступила дома. Повязки, катетеры, дренажи, интубационные и трахеостомические трубки оставляются на своих местах.

Сразу же после констатации биологической смерти больного лечащий врач, участковый врач (если больной умер дома), составляет посмертный клинический эпикриз и формулируется заключительный клинический диагноз.

2. В посмертном клиническом эпикризе подлежат отражению следующие вопросы:

- дата начала заболевания и жалобы больного;
- дата первичного обращения за медицинской помощью с указанием, куда и к кому обратился больной, какую получил помощь;
- дата и место первичной госпитализации, название всех лечебных учреждений, где в последующем обследовался или получал лечение больной;
- содержание диагностических и лечебных мероприятий;

- обобщенная характеристика заболевания за период пребывания больного в стационарах;
- дата поступления в данное лечебное учреждение, диагноз направления, предварительный диагноз (дата установления), окончательный диагноз (дата установления), содержание проведенных лечебных мероприятий (при проведении операции - название операции, продолжительность, вид наркоза);
- дата появления, характер симптомов осложнений, даты их распознавания, принятые меры;
- клиническая характеристика терминального состояния, содержание реанимационных мероприятий;
- время констатации биологической смерти в часах и минутах.

3. Заключительный клинический диагноз является медицинским заключением о характере имевшегося у больного заболевания, непосредственной причине и механизме наступления смерти. Он должен быть патогенетически обоснованным, соответствовать клиническим фактам.

В клиническом диагнозе отражается нозологическая форма, этиология и патогенез заболевания, клинико-морфологические изменения, степень функциональных нарушений, стадия болезни, ее осложнения, сопутствующие (конкурирующие, фоновые) заболевания. В конце диагноза указывается непосредственная причина и механизм наступления смерти.

4. Оформленная медицинская карта умершего подписывается лечащим врачом, заведующим лечебным отделением, визируется главным врачом или его заместителем по лечебным вопросам, которые определяют вид исследования умершего (патолого-анатомическое или судебно-медицинское).

5. В случаях судебно-медицинского исследования трупов администрация лечебного учреждения сообщает в территориальные органы внутренних дел о смерти больного.

6. Патологоанатомическое и судебно-медицинское вскрытие трупов умерших производится в часы, определенные распорядком работы соответствующих отделений. Медицинская карта представляется в эти отделения в ближайшие часы после смерти больного (в случаях патологоанатомического вскрытия при наступлении смерти после 12 часов должна быть представлена не позднее 10 часов следующего дня).

7. На патологоанатомическом и судебно-медицинском вскрытиях обязаны присутствовать заведующий отделением, лечащий врач.

**Приложение № 2**  
**к приказу начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной**  
**защиты населения области**  
**от «19» августа 2011 г. № 2053**

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ)**

**I. Общие положения**

1. Комиссии по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ) создаются во всех лечебно-профилактических учреждениях и являются коллегиальным органом контроля качества лечебно-диагностического процесса при анализе летальных исходов.

2. Основными задачами КИЛИ являются:

2.1. В стационарах рассмотрению на КИЛИ подлежат все случаи летальных исходов, как после проведенных патологоанатомических или судебно-медицинских исследований, а также летальных исходов, где вскрытие не производилось. В последнем случае контролируется обоснованность отмены патологоанатомического вскрытия.

2.2. В амбулаторно-поликлинических ЛПУ разбираются:

– все случаи летального исхода больных на территории, обслуживаемой данным ЛПУ, вне зависимости от того, производилось или нет патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование;

– все случаи летального исхода больных в стационарах, если в данное догоспитальное лечебно-профилактическое учреждение поступила информация о допущенных в нем дефектах проведения профилактических мероприятий, диагностики и лечения.

3. Предметом анализа КИЛИ являются:

3.1. В стационарах:

1) соответствие заключительного клинического диагноза диагнозу, установленному патологоанатомическим или судебно-медицинским исследованием;

2) в случаях совпадения диагнозов проводится анализ своевременности установления диагноза основного заболевания и его важнейших осложнений, адекватности проводившегося лечения, качества ведения медицинской документации;

3) при расхождении клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов выясняются причины несовпадения, категория расхождения.

3.2. В амбулаторно-поликлинических ЛПУ:

1) соответствие диагноза и непосредственной причины смерти, установленной врачами поликлиники во врачебном свидетельстве о смерти, медицинской документации, содержащейся в амбулаторной карте умершего больного;

2) соответствие оформления врачебного свидетельства о смерти, выданного данным ЛПУ, действующим положениям;

3) качество оформления поликлинической медицинской документации, в том числе бланка направления умершего больного на патологоанатомическое исследование;

4) дефекты лечебно-диагностического процесса, выявленные при патологоанатомическом или судебно-медицинском исследовании: своевременность и достоверность прижизненной диагностики, адекватность лечения, проводившегося врачами данного ЛПУ, своевременность направления больного на госпитализацию.

4. Ответственным за организацию работы КИЛИ является главный врач ЛПУ, ежегодным приказом которого назначаются председатель, секретарь и состав комиссии. В многопрофильных больницах создаются профильные КИЛИ (терапевтические, хирургические, кардиологические, неврологические и др.).

4.1. В состав КИЛИ входят ее постоянные члены – заведующие отделениями данного лечебного учреждения и приглашенные на заседание врачи данного ЛПУ. Участие в работе комиссии всех приглашенных на заседание обязательно. На заседания КИЛИ при необходимости и с согласия главного врача или его заместителя по медицинской части могут приглашаться врачи-консультанты из других лечебных учреждений.

4.2. Секретарем КИЛИ назначается один из опытных врачей данного ЛПУ. В его обязанности входит своевременное оповещение участников КИЛИ о времени ее очередного заседания, ведение специального журнала регистрации заседаний КИЛИ.

## **II. Порядок работы КИЛИ**

1. Заседание КИЛИ назначается в 3-й декаде месяца за предыдущий месяц, не позднее 45 дней после всех случаев смерти после наступления летального исхода.

2. Медицинские карты умерших не позднее чем за 7 дней до заседания распределяются председателем между постоянными членами комиссии. В случае необходимости для рецензирования могут привлекаться и другие сотрудники ЛПУ.

3. На заседании КИЛИ патологоанатом (судебно-медицинский эксперт) информирует комиссию об особенностях данного наблюдения, дефектах ведения больного и медицинской документации. При наличии ошибок прижизненной диагностики, ее несвоевременности излагает свою точку зрения на причины диагностической ошибки, определяет ее категорию. Если вскрытие не производилось, случай докладывает рецензент, который

отмечает особенность течения заболевания, уровень диагностики и лечения, качество оформления медицинской документации и вносит предложения, направленные на устранение выявленных дефектов. При наличии ятрогенной патологии и ошибок прижизненной диагностики излагает свою точку зрения на причины их возникновения и значимость для наступившего летального исхода.

4. При несовпадении точек зрения клиницистов, патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов в оценке качества диагностики и лечения возможны следующие решения:

4.1. На данном заседании КИЛИ проводится обсуждение клинических, патологоанатомических и судебно-медицинских материалов и, в случае согласования точек зрения, совместное решение фиксируется в журнале КИЛИ и клинико-анатомическом эпикризе.

4.2. Если согласия сторон достигнуть не удастся - материалы разбора данного наблюдения передаются для повторного анализа в клиническое, патологоанатомическое или судебно-медицинское отделения и вновь рассматриваются на очередном заседании КИЛИ.

4.3. При отсутствии согласия сторон и при повторном разборе на заседаниях КИЛИ рассмотрение спорного случая летального исхода переносится на обсуждение лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), о чем в журнале КИЛИ делается соответствующая запись.

5. Все случаи ошибок клинической диагностики, отнесенных к III категории, и все случаи ятрогенных осложнений III категории после их выявления на заседании КИЛИ передаются для рассмотрения на ЛКК.

6. На заседании КИЛИ принимается решение о рассмотрении конкретных случаев смерти для разбора на клинико-патологоанатомических конференциях.

7. Результаты работы КИЛИ регистрируются в специальном журнале, где отмечаются даты заседаний, состав присутствующих, паспортные данные, номера медицинских карт и протоколов вскрытия умерших, а также заключение по каждому случаю летального исхода, обсуждавшемуся на данном заседании. Указанное заключение вклеивается секретарем КИЛИ в медицинскую карту, а также в случае произведенного вскрытия передается патологоанатому или судебно-медицинскому эксперту для вклейки в протокол вскрытия заключения специалиста, эксперта.

8. Председатель КИЛИ представляет главному врачу ЛПУ в письменном виде краткий отчет о каждом заседании комиссии для принятия необходимых мер. На очередном заседании КИЛИ ее председатель информирует членов КИЛИ о мерах, принятых администрацией лечебного учреждения по материалам предшествовавшего заседания КИЛИ.

9. При выявлении грубых дефектов диагностики и лечения, допущенных на предыдущих этапах в другом ЛПУ, главный врач по представлению председателя КИЛИ должен проинформировать администрацию этого учреждения о результатах комиссионного разбора.

10. Председатель КИЛИ ежеквартально и по итогам года проводит анализ работы КИЛИ и представляет его для годового отчета.

**Приложение № 3  
к приказу начальника департамента  
здравоохранения и социальной  
защиты населения области  
от «19» августа 2011 г. № 2053**

**ПОЛОЖЕНИЕ  
о лечебно-контрольной комиссии (ЛКК)**

**I. Общие положения**

1. Лечебно-контрольные комиссии создаются во всех лечебно-профилактических учреждениях ежегодным приказом главного врача и являются органом оперативного контроля за состоянием лечебно-диагностического процесса, организацией медицинской помощи населению, прежде всего, на основании анализа материалов патологоанатомического и судебно-медицинского исследования.

2. На заседаниях ЛКК обсуждаются случаи летальных исходов, требующие более глубокого изучения и анализа, нередко с привлечением консультантов из других ЛПУ, медицинских вузов и НИИ. На основании проведенного анализа ЛКК принимает решения, позволяющие администрации ЛПУ оперативно решать вопросы организационного характера, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса, устранение условий для повторения серьезных ошибок и упущений.

3. Заседания ЛКК в отличие от КАК, могут проводиться незамедлительно по выявлению необходимости углубленного анализа селекционного наблюдения или грубого дефекта в лечебно-диагностическом процессе. На ЛКК рассматриваются наблюдения не обязательно завершившиеся летальным исходом. В отличие от КАК, в заседаниях ЛКК принимает участие лишь тот персонал, который имеет непосредственное отношение к рассматриваемым случаям.

4. Объектами анализа на ЛКК являются:

- случаи отмены патологоанатомического вскрытия, их оправданность и обоснованность;
- случаи летальных исходов, причиной которых явились ошибки прижизненной диагностики, квалифицированные по III категории расхождения диагнозов;

– случаи смерти больных на операционном столе, после инвазивных манипуляций и следований, а также после переливания крови и заместительных растворов;

- ятрогенные осложнения II и III категории;
- грубые лечебно-диагностические ошибки при ургентной патологии (хирургической, урологической, терапевтической, акушерской и иной);
- своевременно не диагностированные инфекционные заболевания;
- случаи грубых нарушений в значении и использовании лечебно-диагностических методов и средств;
- случаи серьезных дефектов в оформлении медицинской документации;
- спорные ситуации, оставшиеся не решенными на КИЛИ;
- конфликтные вопросы и жалобы, требующие экспертного решения.

5. Основанием для рассмотрения случая на ЛКК является решение главного врача ЛПУ или его заместителя по лечебной работе, принимаемое самостоятельно или по предложению председателя КИЛИ или заведующего патологоанатомическим отделением, являющимся постоянным членом КИЛИ и ЛКК по должности.

## **II. Порядок работы ЛКК**

1. День и час заседания ЛКК, состав ее участников, повестка заседания и назначение рецензентов устанавливается главным врачом медицинского учреждения, являющегося председателем ЛКК. В отдельных случаях, по указанию главного врача, эти функции может выполнять заместитель по медицинской части.

2. Секретарь ЛКК заблаговременно оповещает постоянных и приглашенных участников разбора о времени проведения ЛКК, повестке заседания, передает рецензентам всю информацию и документацию, необходимую для проведения разбора.

3. Рецензент, назначенный для анализа конкретного случая, представляет свое заключение об анализируемом случае.

4. Рецензентами из ЛКК могут являться врачи данного ЛПУ, сотрудники медицинских институтов, базирующихся в данном ЛПУ, соответствующие специалисты из других медицинских учреждений.

5. На заседании ЛКК клиническая часть анализируемого наблюдения открывается лечащим врачом, патологоанатомическая – врачом-патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом.

6. Основные положения всех выступающих на заседании фиксируются секретарем ЛКК в специальном журнале ЛКК. Председатель ЛКК подводит итоги обсуждения каждого случая, предлагает для утверждения проект решения.

7. При обсуждении случаев расхождения диагнозов ЛКК дает заключение по следующим вопросам:

- причины расхождения (объективные, субъективные);
- значение расхождения для исхода заболевания;
- категория расхождения для исхода заболевания;
- категория расхождения диагнозов.

8. При анализе случаев смерти больных во время операции или в раннем послеоперационном периоде ЛКК дает заключение по следующим вопросам:

- наличие показаний к оперативному вмешательству (относительные, абсолютные);
- правильность выбора тактики оперативного вмешательства;
- удовлетворительность техники оперативного вмешательства;
- адекватность обследования и терапии в до- и послеоперационном периодах;
- своевременность выявления послеоперационных осложнений;
- значение выявленных недостатков для исхода заболевания.

9. При обсуждении случаев смерти больных в результате острых состояний дополнительно обсуждаются вопросы:

- своевременность госпитализации;
- своевременность диагностики;
- адекватность терапии;
- своевременность оперативного вмешательства;
- причина отсутствия оперативного вмешательства при острой хирургической патологии.

10. При анализе случаев ятрогенной патологии ЛКК устанавливает:

- вид ятрогении (медикаментозная, инструментально-диагностическая, хирургическая, наркозно - анестезиологическая, связанная с неисправностью технических средств, трансфузионно-инфузионная, септическая, лучевая, интенсивной терапии и реанимации, профилактических мероприятий, информационная, прочая);
- категория ятрогении (I, II, III);
- причины и условия возникновения ятрогении.

11. В ситуациях, когда предметом рассмотрения на ЛКК являются спорные случаи летальных исходов, проводится их всестороннее обсуждение. При достижении согласия сторон решение ЛКК по данному случаю считается окончательным, фиксируется в журнале регистрации заседаний ЛКК, прилагается к истории болезни и протоколу вскрытия.

Если согласие не достигнуто, случай передается для обсуждения на клиничко-анатомической конференции, что также фиксируется в журнале регистрации работы ЛКК.

12. Решения, принятые ЛКК, доводятся до сведения персонала данного лечебного учреждения на врачебной конференции, в необходимых случаях – до администрации других ЛПУ.

**Приложение № 4**  
**к приказу начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной**  
**защиты населения области**  
**от «19» августа 2011 г. № 2053**

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о порядке организации и проведения клинико-патологоанатомических**  
**конференций (КАК)**

**I. Общие положения**

1. Клинико-патологоанатомические конференции (КАК) имеют важное образовательное и воспитательное значение, способствуют повышению квалификации врачей и улучшению организации лечебно-диагностического процесса в ЛПУ. В рамках КАК интегрируются усилия поликлинических врачей, клиницистов и патологоанатомов (судебно-медицинских экспертов), направленные на раннее выявление, точную диагностику и своевременное лечение заболеваний, что в конечном итоге повышает качество лечебно-диагностического процесса, способствует уменьшению диагностических и организационных ошибок и улучшает медицинское обслуживание населения.

2. Основными задачами клинико-патологоанатомических конференций являются:

- повышение квалификации врачей лечебно-профилактических учреждений и улучшение качества диагностики и лечения, больных путем совместного обсуждения клинических и секционных данных;

- выявление причин и источников ошибок в профилактике, диагностике и лечении на всех этапах медицинской помощи, недостатков организационного характера, оценка своевременности госпитализации.

3. На клинико-патологоанатомической конференции подлежат обсуждению:

- случаи летального исхода, представляющие научный и практический интерес для широкого круга клиницистов, вне зависимости от того, насколько правильно это заболевание было диагностировано при жизни;

- случаи расхождения клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов;

- редкие наблюдения и необычно протекающие заболевания;

– случаи лекарственных болезней и лекарственного патоморфоза заболеваний;

– случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств, особенно тех больных, которые были госпитализированы по экстренным показаниям;

– острые инфекционные заболевания;

– случаи запоздалой диагностики, трудные для диагностики и неясные заболевания, требующие углубленного анализа, выходящего за рамки и возможности КИЛИ и ЛКК, с привлечением к обсуждению ведущих специалистов, в том числе и из других медицинских учреждений.

4. На КАК целесообразно проведение тематических и обзорных докладов, информационных сообщений.

5. На одной из конференций обсуждается доклад заведующего патологоанатомическим отделением о работе за предыдущий год, в котором должны быть представлены сводные данные о структуре больничной смертности и качестве клинической диагностики, дефектах медицинской помощи на всех этапах лечения больного.

6. При обсуждении летальных исходов с неправильным клиническим диагнозом конференция должна установить категорию расхождения, причины расхождения, а также значение других выявленных дефектов в обследовании и лечении больного для исхода заболевания.

7. В случае осложнений, вызванных диагностическим, хирургическим или терапевтическим вмешательством, конференция должна установить причины и условия развития ятрогенной патологии.

8. Ответственность за организацию и качество проведения клинко-анатомических конференций несет главный врач данного лечебного учреждения.

## **II. Порядок работы КАК**

1. Клинко-патологоанатомические конференции проводятся по плану в рабочее время, не реже одного раза в месяц.

В крупных больницах кроме общепольничных могут проводиться клинко-патологоанатомические конференции по группам соответствующих профильных отделений (хирургические, терапевтические и др.).

2. Подготовка и организация клинко-анатомических конференций возлагается на заместителя главного врача по медицинской части и заведующего патологоанатомическим отделением.

3. При наличии на базе данного ЛПУ лечебных кафедр, кафедры патологической анатомии, учебных медицинских институтов – их руководство привлекается к подготовке и проведению клинко-анатомических конференций.

4. Заместитель главного врача по медицинской части, совместно с заведующим патологоанатомическим отделением, определяют повестку очередной клиничко-анатомической конференции, которая доводится до сведения врачебного персонала в письменном виде не позднее, чем за семь дней до дня проведения конференции.

5. На клиничко-патологоанатомических конференциях обязаны присутствовать все врачи данного ЛПУ. На КАК могут быть приглашены врачи тех лечебно-профилактических учреждений, которые принимали участие в обследовании и лечении больного на предыдущих этапах. Участие в работе КАК входит в функциональные обязанности врачебного персонала.

6. Непосредственное руководство заседанием клиничко-анатомической конференции осуществляется двумя сопредседателями (клиницист и заведующий патологоанатомическим отделением).

7. Приказом главного врача назначается два постоянных секретаря клиничко-патологоанатомических конференций, обязанностями которых являются: регистрация в специальном журнале заседаний конференций даты проведения конференции, ее повестки, персонального состава участников, фамилий и должностей сопредседателей, основных положений всех выступающих, заключительного резюме, принятого конференцией.

8. Для углубленного анализа истории болезни и протокола вскрытия назначается рецензент из числа наиболее опытных врачей другого отделения. Рецензент по согласованию с главным врачом может быть приглашен из другого учреждения. Рецензент проводит анализ истории болезни и протокола вскрытия, ведения медицинской документации, своевременности установления диагноза, обоснованность и полноценность проведенных диагностических и лечебных мероприятий, анализирует причины несовпадения клиничского и патологоанатомического диагнозов. При разборе историй болезни хирургических больных дается оценка необходимости, своевременности и правильности хирургических вмешательств.

8. Подлежащие разбору случаи докладываются лечащим врачом и патологоанатомом, выступления которых должны заканчиваться четким обоснованием диагноза и соображениями об особенностях клиничского течения болезни, ее этиологии и патогенеза, причин и механизма смерти. После выступления рецензента в обсуждении принимают участие присутствующие врачи. Обсуждение заканчивается выступлением сопредседателя (одного из них), подводящего итоги дискуссии.

9. Клиничко-патологоанатомическая конференция завершается обобщающим выступлением сопредседателей (или одного из них), в котором подводятся итоги проведенного обсуждения, вносятся предложения, направленные на повышение качества лечебно-диагностического процесса и совершенствование проведения последующих конференций.

10. Руководство лечебно-профилактических учреждений на основании материалов, выводов и предложений клиничко-патологоанатомических конференций разрабатывает и осуществляет мероприятия по

предотвращению и ликвидации выявленных дефектов, допущенных в организации и оказании медицинской помощи больным.

**Приложение № 5**  
**к приказу начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной**  
**защиты населения области**  
**от «19» августа 2011 г. № 2053**

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о регистрации ятрогенных осложнений**

Особый раздел при оформлении диагнозов представляют случаи смертельных исходов и тяжелых осложнений, связанных с диагностическими и лечебными вмешательствами, обозначаемые как ятрогении.

Ятрогенные заболевания – патологические процессы, состояния, необычные реакции, возникновение которых однозначно обусловлено медицинским воздействием в ходе обследования, лечения больных, выполнения диагностических и профилактических процедур.

Ятрогенная патология должна отражаться (регистрироваться) в диагнозах в соответствии с рекомендациями и требованиями МКБ-10.

Диагностика и клинико-морфологический анализ ятрогенной патологии ответственны, сложны, нередко требуют не только медицинской, но и юридической оценки. Это определяет необходимость тщательного совместного обсуждения клиницистами и патологоанатомами каждого случая ятрогений в рамках КИЛИ, КАК, ЛКК.

Целесообразно выделение трех категорий ятрогений в зависимости от их значения в течении заболевания, его исходов, места в пато- и танатогенезе.

Ятрогении I категории – патологические процессы, реакции, осложнения, патогенетически не связанные с основным заболеванием (первоначальной причиной смерти) и не играющие существенной роли в течении болезни. В диагнозе ятрогении I категории занимают место сопутствующего заболевания (постинъекционные абсцессы, лекарственные сыпи, реанимационные переломы ребер и т.д.).

Ятрогении II категории – это патологические процессы, реакции, осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным показаниям и выполненным правильно. Ятрогении II категории не всегда могут быть четко отграничены от осложнений, связанных с индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного (тяжелые, нередко смертельные, осложнения, обусловленные высоким хирургическим риском или технической сложностью инструментального или оперативного вмешательства, наличие тяжелой

сопутствующей или фоновой патологии, возрастные изменения, иммунодефицит и т.д.).

Ятрогении III категории – это патологические процессы, необычные смертельные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими воздействиями, явившиеся непосредственной причиной летального исхода (гемотранфузионные и анафилактические шоки, инструментальные перфорации полых органов или крупных сосудов, смертельные интраоперационные кровотечения, обусловленные повреждениями сосудов, воздушные эмболии при инструментальном воздействии, достоверно установленные «наркозные» смерти и т.д.). Ятрогении III категории в соответствии с классификацией причин смерти ВОЗ должны трактоваться как основное заболевание (первоначальная причина смерти) и стоять во главе диагноза. Заболевания, по поводу которых были предприняты медицинские мероприятия, могут приводиться в диагнозах в качестве второго основного патолого-анатомического диагноза.

Окончательное заключение о категории ятрогении дается ЛКК. В спорных случаях, когда мнения клиницистов и патологоанатомов не совпадают, официально принимается точка зрения патологоанатома. Для дальнейшего обсуждения материалы могут передаваться главным и ведущим специалистам комитета по здравоохранению.

Исходя из профиля ятрогений, задач статистического учета унификации оценки материала, следует руководствоваться следующей рубрикацией (видами) ятрогений:

- медикаментозные;
- инструментально-диагностические;
- хирургические;
- наркозно-анестезиологические;
- связанные с неисправностью технических средств;
- трансфузионно-инфузионные;
- септические;
- лучевые;
- интенсивной терапии и реанимации;
- профилактических мероприятий;
- информационные;
- прочие.

При наличии данных о возможной ятрогенной патологии отмена вскрытия не допускается. Случаи ятрогений, особенно II и III категорий, в обязательном порядке докладываются руководителю лечебно-профилактического учреждения и рассматриваются на КИЛИ и ЛКК.

**Приложение № 6**  
**к приказу начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной**  
**защиты населения области**  
**от «19» августа 2011 г. № 2053**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
**ПО РЕЦЕНЗИРОВАНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**  
**И ПРОТОКОЛОВ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ**

1. На основании изучения истории болезни, амбулаторной карты и протокола патологоанатомического вскрытия определяется качество профилактических мероприятий и оказания лечебно-диагностической помощи.

Для этого:

а) изучается информация о догоспитальном периоде (своевременность госпитализации, правильность и своевременность транспортировки);

б) анализируется качество медицинского обследования в поликлинике (отсутствие наблюдения, дефекты диагностики и лечения);

в) изучается информация о госпитальном периоде (время нахождения в приемном отделении, срок установления основного диагноза и его осложнений, своевременность, правильность и обоснованность лабораторных и диагностических процедур, оперативных вмешательств, дефектов анестезии и реанимации, причин поздней диагностики и неадекватности лечебно-диагностических мероприятий, их влияние на исход лечения);

г) выявляются дефекты медикаментозного и оперативного лечения, послеоперационного ведения больного с уточнением их влияния на исход заболевания.

2. В случае диагностической ошибки:

а) отмечаются ее причины (кратковременность пребывания в стационаре, отсутствие преемственности в наблюдении и лечении, тяжесть состояния больного, неполное клинико-лабораторное обследование, неправильная интерпретация полученных данных, неправильное заключение консультантов, отсутствие необходимых условий для диагностики и лечения - отсутствие медикаментов, аппаратуры, налаженных методик и др.);

б) высказывается суждение о категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов (I, II, III).

3. При наличии ятрогенной патологии:

а) анализируются причины и условия ее возникновения;

б) высказывается суждение о категории ятрогении (I, II, III).

4. Отмечаются возможные дефекты в ведении и оформлении медицинской документации:

а) истории болезни (сбор анамнеза, описание объективных данных, план обследования и лечения больного, хирургические вмешательства, информативность дневниковых записей, этапных эпикризов, построение клинического диагноза и сроки его установления);

б) протокола вскрытия (детальность вскрытия, полнота макро- и микроскопических описаний, сроков развития заболеваний и их осложнений (в первую очередь - ИБС, ЦВБ, инфекционно-воспалительных поражений, включая пневмонии), необходимость дополнительных анализов - микробиологических, биохимических и др., учет клинических данных, адекватность клинико-анатомических сопоставлений, конструкция диагноза, информативность эпикриза, правильность заключения о причине смерти).

5. При отмене патологоанатомического вскрытия дается заключение о правомерности и обоснованности его отмены.

6. Вносятся предложения, направленные на устранение выявленных ошибок и упущений.

**Приложение № 7**  
**к приказу начальника департамента**  
**здравоохранения и социальной**  
**защиты населения области**  
**от «19» августа 2011 г. № 2053**

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**О ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПСИЙНОГО**  
**И ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА**

Биопсия - прижизненное иссечение участков тканей и органов для микроскопического исследования с диагностической целью. Операционный материал - иссечение тканей и органов во время хирургической операции. В настоящее время появилась возможность прижизненного изучения практически любого органа. По существующему положению весь удаляемый материал во время хирургических операций подвергается гистологическому исследованию.

В случае иссечения краев ран криминального происхождения материал должен передаваться сотрудникам правоохранительных органов для последующего судебно-медицинского исследования. Иссеченный материал, без его фиксации в формалине, хранится в холодильнике до момента передачи его работникам правоохранительных органов.

Порядок взятия и направления биопсийного и операционного материала на патоморфологическое исследование:

1. Материал, подлежащий гистологическому исследованию, непосредственно после иссечения помещается в посуду с широким горлом, наполненную 10% раствором нейтрального формалина по объему, в 10 раз превышающему объем фиксируемого материала. Хранение материала в лечебном отделении без фиксации запрещается. В нефиксированном виде материал может направляться только сразу после взятия, при условии, что патолого-анатомическое отделение располагается неподалеку от хирургического отделения.

2. Во время взятия биопсийного материала необходимо бережно относиться к забираемому объекту, стараться не сдавливать и не деформировать ткани, чтобы не нарушать их структуру. На посуде с материалом должны быть наклейки с фамилией и инициалами больного. Помещать в посуду несколько объектов исследования, взятых из различных мест, разрешается только при условии, если каждый из объектов будет отмаркирован биркой, изготовленной из белого картона, не размокающего в

жидкости. Небольшие язвы, опухоли, каверны в резецированных органах (желудок, почки, легкие и др.) до фиксации маркируются путем прошивания ниткой.

3. На каждый направляемый для гистологического исследования материал врачом, лично производившим биопсию или операцию, под копировальную бумагу в двух экземплярах заполняется бланк направления на гистологическое исследование по установленной форме. В направлении после паспортных данных указывается дата биопсии, количество биоптатов, откуда получен материал, его характеристика, предполагаемый клинический диагноз, особенности клинической картины болезни, цель исследования. При исследовании материала гинекологических больных в направлении указываются дополнительные данные анамнеза: характер менструального цикла, детородная функция, дата последней менструации. При биопсиях лимфатических узлов, трепанобиопсиях костей указываются клинические данные исследования гемограмм, миелограмм, протеинограмм. При выполнении эндоскопических биопсий подробно описывается эндоскопическая картина. В случае повторения биопсии врач, берущий ее, обязан в направлении указать дату первичного обследования, его номер, учреждение, в котором оно производилось, и гистологический диагноз.

4. Врач, производящий взятие материала на гистологическое исследование, отвечает за его правильную фиксацию, маркировку, сохранность, доставку (или отправку) в течение суток после взятия в патолого-анатомическое отделение (лабораторию). Задерживать объекты исследования на длительный срок, а затем отсылать их в патолого-анатомическое отделение партиями запрещается.

5. Кусочек ткани, удаленный при биопсии с диагностической целью, без участия патологоанатома, делить на части и посылать в различные патолого-анатомические учреждения категорически запрещается. Заключение о результатах гистологического исследования в день получения патолого-анатомического отделения подшивается к истории болезни, а также указывается в выписном эпикризе.

6. Сроки гистологических исследований биопсийного и операционного материала:

- при срочных исследованиях ответ должен быть дан через 20-30 минут, это предварительный ответ по гистологическим срезам, приготовленный с помощью замораживающего микротомы. Окончательный ответ дается в обычные сроки после заливки материала в парафин;

- ответы на биопсийный материал даются на 3-5-е сутки с момента получения материала патолого-анатомическим отделением;

- ответы на операционный материал даются на 4-6-е сутки с момента получения материала;

- ответы на костные и другие плотные объекты даются на 10-15-е сутки;

- ответы гистологических исследований могут задерживаться, если материал требует дополнительных методов окраски, консультаций в других гистологических лабораториях.

