

О ДАЛЬНЕЙШЕМ СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

[Изменения и дополнения:

Приказ Министерства здравоохранения от 28 января 1994 г.
№ 24 (зарегистрирован в Национальном реестре – № 8/6680 от
20.08.2001 г.)].

В системе здравоохранения патологоанатомическая служба (ПАС) выполняет функцию контроля за качеством клинической диагностики путем сличения клинических и патологоанатомических диагнозов, выявления и обсуждения на клинико-анатомических конференциях врачебных ошибок и основных дефектов в оказании медицинской помощи населению, что является необходимым условием повышения профессионального уровня и ответственности врачей лечебной сети.

Решение задач, стоящих перед современной ПАС, возможно лишь при условии высокого уровня профессиональной подготовки врачей-патологоанатомов и современного материально-технического обеспечения патоморфологических исследований.

После издания приказов Минздрава Республики Беларусь от 5 ноября 1983 г. № 189 и от 11 марта 1988 г. № 203 в результате проведенной органами здравоохранения работы значительно улучшилось состояние патологоанатомической службы в республике, укрепилась ее материальная база, практически каждое крупное лечебное учреждение имеет благоустроенный морг с оборудованной секционной. В республике создано и функционирует 5 патологоанатомических бюро (г. Минск, Минская, Брестская, Витебская и Гродненская области), что позволило более рационально использовать кадры специалистов, дорогостоящее оборудование и реактивы, внедрить автоматизацию технологических процессов и бригадную форму организации труда, сократить сроки исследования биопсийного и операционного материала. В бюро обеспечена взаимозаменяемость врачей и лаборантов, улучшена консультативная работа, унифицированы медицинская документация и анализ патологоанатомических материалов, созданы условия для профессионального роста специалистов. Создание патологоанатомических бюро позволило вывести ПАС из подчинения главных врачей и максимально объективизировать результаты деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Вместе с тем, в работе бюро наметились и отрицательные тенденции, к которым следует отнести чрезмерную централизацию, увлечение бригадной формой работы, некоторое снижение качества патологоанатомических исследований. Снизилась посещаемость вскрытий лечащими врачами.

Патологоанатомические бюро не стали центрами научной мысли, научного анализа структуры смертности, организации ПАС.

Несмотря на некоторое улучшение материально-технической базы, патологоанатомическая служба по-прежнему испытывает значительные трудности в оснащении современной аппаратурой, компьютерной техникой, реактивами, в обеспечении автотранспортом, особенно в сельской местности, где сроки патологоанатомических исследований зависят от наличия транспортных средств. Многие нормативные ведомственные документы, регламентирующие деятельность ПАС, устарели и не соответствуют современным требованиям. Назрела необходимость их замены.

Научные разработки и практический опыт организации патологоанатомической службы позволяют считать, что дальнейшее ее развитие в Республике Беларусь должны определять следующие тенденции:

- полноценное патологоанатомическое исследование прижизненного (биопсийного, операционного) и посмертного (секционного) материала

наиболее рационально проводить в крупных патологоанатомических учреждениях (патологоанатомические бюро, централизованные патологоанатомические отделения, отделы НИИ);

- эффективность патологоанатомической службы полностью зависит от ее современной оснащенности, методического соответствия уровню развития мировой медицинской науки и практики здравоохранения;

- в вузовских городах наиболее рациональной структурной единицей патологоанатомической службы должны быть клиничко-диагностические центры, состоящие из кафедр патологической анатомии медицинских вузов (отделов НИИ) и патологоанатомических отделений (бюро).

В целях дальнейшего совершенствования патологоанатомической службы Республики Беларусь утверждаю:

1. Положение о порядке патологоанатомического исследования трупов, умерших больных в лечебно-профилактических учреждениях.

2. Положение о порядке патологоанатомического исследования мертворожденных и новорожденных, умерших в перинатальном периоде.

3. Положение о порядке патологоанатомического исследования абортусов, прерванных по медико-генетическим показаниям.

4. Положение о порядке патологоанатомических вскрытий лиц, умерших от острых инфекционных заболеваний.

5. Положение по исследованию биопсийного материала.

6. Положение о клиничко-патологоанатомической конференции.

7. Положение о сличении клинического и патологоанатомического диагнозов.

8. Положение об архиве патологоанатомического материала.

9. Положение о патологоанатомическом отделении лечебно-профилактического учреждения.

10. Положение о патологоанатомическом бюро и начальнике бюро.

11. Положение о вирусно-бактериологической лаборатории патологоанатомического бюро.

12. Положение о прозекторском совете.

13. Положение о Республиканском организационно-методическом центре патологоанатомической службы.

14. Положение о должностных обязанностях медицинского персонала патологоанатомического бюро (централизованного патологоанатомического отделения), патологоанатомического отделения лечебно-профилактического учреждения.

15. Инструкцию о нормировании труда и оценке нагрузок в патологоанатомической службе.

16. Штатные нормативы медицинского персонала патологоанатомических бюро (отделений).

17. Штатные нормативы вирусно-бактериологической лаборатории патологоанатомического бюро.

Приказываю:

1. Начальникам управлений здравоохранения и заведующим отделами здравоохранения облисполкомов и Минского горисполкома:

1.1. обеспечить выполнение утвержденных выше положений и инструкций;

1.2. категорически запретить использование помещений патологоанатомических отделений и моргов не по назначению. В двухмесячный срок освободить занятые не по назначению помещения для использования их патологоанатомической службой;

1.3. улучшить обеспечение патологоанатомической службы автотранспортом, обратив особое внимание на обеспечение им в сельских местностях;

1.4. предусмотреть выделение денежных средств на приобретение патологоанатомической службой современного оборудования и компьютерной техники;

1.5. обязать руководителей лечебно-профилактических учреждений здравоохранения республики проводить не реже 2 раз в год систематический анализ ошибок клинической диагностики на основе данных ПАС;

1.6. повысить ответственность главных внештатных

патологоанатомов и начальников ПАБ за качеством патологоанатомических исследований и оформления медицинской документации с учетом введенных новых форм бригадной организации и оплаты труда.

2. Белорусскому республиканскому производственному объединению "Фармация" (тов.Гореньков В.Ф.) принять необходимые меры к обеспечению патологоанатомической службы в покровных, предметных стеклах, химреактивах, красителях.

3. Белорусской республиканской производственно-торговой фирме "Медтехника" (тов.Семенюк Г.Г.) принять необходимые меры к первоочередному обеспечению патологоанатомической службы республики инструментами, аппаратурой.

4. Главному управлению кадров, науки и внешних связей (тов.Шило В.В.):

4.1. организовать ежегодную подготовку врачей-патологоанатомов через стажировку из числа выпускников лечебно-профилактического и медико-профилактического факультетов, по заявкам органов и учреждений здравоохранения;

4.2. разработать и утвердить в установленном порядке программы курсов усовершенствования и специализации врачей-патологоанатомов. Организовать их подготовку на базе Республиканского организационно-методического центра патологоанатомической службы.

5. Начальнику управления социального развития, строительства и эксплуатации (тов.Абрамович Н.С.) предусмотреть обязательное строительство помещений патологоанатомических отделений и моргов во вновь проектируемых и строящихся лечебно-профилактических учреждениях.

6. Считать утратившими силу: приказы Минздрава СССР от 23 октября 1981 г. № 1095 и от 4 апреля 1983 г. № 375 и приказ Минздрава БССР от 5 ноября 1983 г. № 189.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра Степаненко Н.И.

Министр

В.С.КАЗАКОВ

Приложение 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке патологоанатомического исследования трупов умерших больных в лечебно-профилактических учреждениях

1. Патологоанатомическому исследованию подлежат трупы умерших от заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с законом Республики Беларусь о здравоохранении, а также могут подлежать трупы умерших от заболеваний вне лечебных учреждений, если эти больные перед смертью лечились медицинским персоналом, что подтверждается записями в карте амбулаторного больного, а для детей в истории развития ребенка.

2. Трупы умерших от насильственных причин смерти, т.е. от механических повреждений, отравлений, механической асфиксии, действия крайних температур, электричества, после искусственного аборта (вне лечебного учреждения), от других насильственных причин, а также при наличии обоснованных подозрений на возможность насильственной причины подлежат судебно-медицинскому исследованию. В этих случаях патологоанатомическое вскрытие не производится.

3. Трупы умерших в лечебном учреждении на патологоанатомическое исследование направляются администрацией этого учреждения, а умерших вне лечебно-профилактического учреждения - администрацией здравоохранения данной территории (главным врачом ТМО, поликлиники, зав.горрайздравотделом или их заместителями). При этом кроме

письменного направления должны быть представлены в патологоанатомическое бюро (отделение) не позднее 10 часов утра карта стационарного больного (с листом назначения, Р-граммами, наркотическими картами и т.д.), а для умерших вне лечебных учреждений – карта амбулаторного больного или история развития ребенка с описанием проведенного лечения и письменное решение органов милиции или прокуратуры об отсутствии признаков насильственной смерти. При необходимости направляющая инстанция должна согласовать направление на вскрытие с родственниками умершего. Врач-патологоанатом имеет право отказаться от производства вскрытия, если перечисленные выше документы ему не представлены.

4. Трупы умерших с признаками насильственной смерти, а также трупы лиц, личность которых не установлена, главный врач лечебно-профилактического учреждения направляет в установленном порядке на судебно-медицинское исследование.

5. Обязательному патологоанатомическому исследованию (в этих случаях согласие родственников на вскрытие не требуется) должны подвергаться трупы умерших:

- а) при инфекционных заболеваниях и подозрении на них;
- б) в случаях неясного диагноза, вызвавшего смерть;
- в) в случаях смерти во время или после хирургических операций, родов, переливания крови, анафилактического шока, инструментальных исследований и других медицинских вмешательств;
- г) в случаях мертворождения, смерти новорожденных и детей в возрасте до 1 года;
- д) в случаях смерти детей от врожденных пороков развития и наследственных болезней;
- е) в случаях пребывания в стационарах менее 1 (одних) суток.

++

Пункт 5 – в редакции приказа Министерства здравоохранения от 28 января 1994 г. N 24 (зарегистрирован в Национальном реестре – N 8/6680 от 20.08.2001 г.)

5. Обязательному патологоанатомическому исследованию (в этих случаях согласие родственников на вскрытие не требуется) должны подвергаться трупы умерших:

- а) при инфекционных заболеваниях и при подозрении на них;
- б) в случаях неясного диагноза заболевания, вызвавшего смерть;
- в) в случаях смерти во время хирургической операции, переливания крови, от анафилактического шока, после инструментального исследования и других медицинских вмешательств. В этих случаях согласие родственников на вскрытие не обязательно.

++

6. Если в процессе вскрытия трупа патологоанатом обнаруживает признаки насильственной причины смерти, он обязан остановить вскрытие, принять меры для сохранения трупа (отдать соответствующие распоряжения персоналу) и письменно сообщить в направившую труп инстанцию с рекомендацией организовать судебно-медицинское исследование трупа. Ответственность за сохранность трупа несет учреждение (лечебное или патологоанатомическое), в котором находится труп.

7. В случае первичного обнаружения во время вскрытия признаков острого инфекционного заболевания патологоанатом обязан поставить в известность об этом главного врача лечебно-профилактического учреждения или территориальное медицинское объединение и послать экстренное извещение в территориальный центр санитарии и эпидемиологии, а также обеспечить все требования по обеззараживанию помещения и профилактике персонала.

При обнаружении признаков особо опасной инфекции патологоанатом обязан действовать согласно Инструкции по проведению вскрытий при

особо опасных инфекциях (см. приложение 4).

8. Патологоанатом, проводя исследование трупа, обязан:

а) детально изучить медицинскую документацию на умершего;

б) произвести тщательный внешний осмотр трупа с необходимыми измерениями;

в) произвести вскрытие по одной из утвержденных методик полостей черепа, груди, живота (при необходимости – и позвоночный канал) с внимательным осмотром всех органов, их измерением и взвешиванием.

Вскрытие трупа должно производиться врачом-патологоанатомом и подготовленным санитаром с участием лаборанта патологоанатомического отделения. Вскрытие трупа врачом без санитара запрещается;

г) определить объем необходимых дополнительных исследований (бактериологических, биохимических, химических и др.) и забрать материал для них, отдать все распоряжения по упаковке, транспортировке и др. забранного материала. Написать лично направления в соответствующие лаборатории;

д) произвести при необходимости экстренное гистологическое исследование секционного материала;

е) дать необходимые пояснения присутствующим врачам;

ж) по окончании вскрытия сформировать предварительный патологоанатомический диагноз и выписать врачебное свидетельство о смерти;

з) оформить протокол вскрытия, а по получении результатов гистологического и дополнительного исследований оформить окончательный патологоанатомический диагноз и эпикриз, вписать их в протокол вскрытия и карту стационарного или амбулаторного больного.

9. Гистологическое исследование секционного материала, как правило, производит вскрывавший патологоанатом.

10. Патологоанатом, производивший исследование, готовит материалы для клинико-анатомической конференции и участвует в ней.

11. Патологоанатомическое исследование трупа взрослого умершего с оформлением протокола вскрытия и истории болезни не должно превышать 10 дней. В отдельных случаях срок может удлиняться из-за дополнительных исследований, консультаций с высококвалифицированными специалистами и др. В этом случае патологоанатом ставит в известность зав.отделением или начальника бюро и (через него) лечебно-профилактическое учреждение.

12. Доставка трупов в морг из лечебных учреждений и мест смерти вне больниц организуется и производится персоналом и автотранспортом лечебных учреждений. Труп доставляется с маркировкой (биркой), в которой указывается фамилия, имя, отчество умершего, больница, отделение, номер медицинской карты.

13. Захоронение невестребованных трупов производит лечебно-профилактическое учреждение, в котором умер больной.

14. После вскрытия производится туалет трупа, включающий зашивание разрезов, обмывание, дезинфекцию (при необходимости), после чего тело выдается родственникам умершего, сотрудникам похоронного бюро или лицам, заменяющим их. Выдача осуществляется сотрудниками патологоанатомических отделений или сотрудниками лечебно-профилактических учреждений, если в них патологоанатомическая служба отсутствует.

15. Врачебное свидетельство о смерти выдается в соответствии с инструкцией о порядке заполнения и представления в органы загса врачебного свидетельства о смерти.

16. В соответствии с законодательством Республики Беларусь из трупа могут изыматься любые органы и ткани для целей трансплантации. Изъятие производится специалистами соответствующих учреждений. При изъятии обязательно присутствие патологоанатома, исследующего труп. В протоколе вскрытия патологоанатом указывает, какие органы и ткани изъяты.

17. Изъятие органов и тканей из трупа для научных и учебных целей, а также производство учебных хирургических операций на трупе допускается только с разрешения заведующего патологоанатомическим

отделением (начальника бюро). Все виды манипуляций на трупе фиксируются в протоколе вскрытия.

18. Во время патологоанатомического вскрытия обязательно присутствует лечащий врач умершего больного и представитель администрации лечебно-профилактического учреждения, направившего труп. Другие врачи, слушатели ГИУВ, студенты могут присутствовать при вскрытии только с разрешения заведующего патологоанатомическим отделением или врача-патологоанатома, проводящего исследование.

О порядке патологоанатомического исследования детских трупов в лечебных учреждениях

1. Главный врач лечебного учреждения обязан организовать патологоанатомическое исследование (получить согласие родственников, направить труп в патологоанатомическое отделение или вызвать патологоанатома, обеспечить необходимую документацию) трупов всех умерших от заболеваний детей от 7 суток до 14 лет включительно.

2. Патологоанатомическое исследование трупов детей, умерших от заболеваний вне лечебного учреждения (что устанавливается записями в картах наблюдений и амбулаторных картах) организуется медицинской администрацией данной территории (ТМО, райгорздравы). Трупы детей, которые до момента смерти были здоровы, обстоятельства и причины смерти которых неясны, подлежат судебно-медицинскому обследованию с целью установления причины смерти. При направлении трупов детей, умерших вне лечебных учреждений, на патологоанатомическое вскрытие обязательно письменное решение милиции или прокуратуры об отсутствии признаков насильственной смерти.

3. Главный врач и заведующий патологоанатомическим отделением или отделом патологии ПАБ организует вирусологическое (или иммунофлуоресцентное) и бактериологическое исследование материалов вскрытий трупов детей во всех случаях с подозрением на инфекционное заболевание (включая пневмонию), используя для этого соответствующие лаборатории при данном лечебно-профилактическом учреждении или санэпидстанции.

Вскрытие их производится в соответствии с пунктами Положения с п.1-10 и методическими указаниями по проведению вскрытий.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке патологоанатомического исследования мертворожденных и новорожденных, умерших в перинатальном периоде

1. Вскрытию и регистрации в протоколе патологоанатомических исследований подлежат все умершие в лечебно-профилактических учреждениях новорожденные, независимо от массы и длины тела и от того, сколько после рождения наблюдались у них признаки жизни, а также мертворожденные массой 500 г и более и длиной тела 25 см и при сроке беременности 22 недели и более. О порядке вскрытия выкидышей см. приложение 3.

2. Главный врач родовспомогательного учреждения обязан обеспечить 100% направление на вскрытие трупов мертворожденных и умерших новорожденных и доставку их в патологоанатомическое отделение (отдел детской патологии ОПАБ) не позднее 12 часов после родов мертворожденного и смерти новорожденного. Мертворожденный направляется с историей родов и клиническим эпикризом; умерший

новорожденный с историей развития новорожденного и клиническим эпикризом.

3. Мертворожденный направляется в патологоанатомическое отделение (отдел детской патологии ОПАБ) с последом. Послед регистрируется как биопсия.

4. Заведующий патологоанатомическим отделением (отделом детской патологии ОПАБ) обеспечивает в 100% микроскопическое исследование секционных материалов из трупов новорожденных, мертворожденных и из последов, руководствуясь инструкцией по унификации микроскопических методов исследования секционного и биопсийного материала для патологоанатомов педиатрического профиля.

5. Главные врачи и заведующие патологоанатомическим отделением (отделом детской патологии ОПАБ) организуют необходимое вирусологическое и бактериологическое исследование материалов вскрытий мертворожденных, умерших новорожденных и последов при данном медицинском учреждении или санэпидстанции.

Вскрытие их производится в соответствии с методическими указаниями по проведению вскрытий плодов, новорожденных и детей.

6. Для унификации формулировки патологоанатомического диагноза перинатально умерших используются только результаты вскрытия трупов плодов и новорожденных и патологоанатомического исследования последов. Клинические данные о материнской патологии во время беременности и родов в патологоанатомический диагноз не вносятся. Они обязательно фиксируются в патологоанатомическом эпикризе и свидетельстве о смерти.

Свидетельство о перинатальной смерти или предварительное перинатальное свидетельство о смерти, патологоанатомический диагноз и протокол (карта) патологоанатомического исследования оформляются патологоанатомом в день вскрытия.

7. Во всех случаях патологоанатомического исследования плодов, выкидышей и умерших новорожденных проводится следующее антропометрическое исследование: определение массы, длины тела от темени до пяток, окружности груди на уровне нижнего угла лопатки и по линии, соединяющей соски, окружности головки на уровне надбровных дуг и затылочного бугра, длины стопы и бедра.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке патологоанатомического исследования
абортусов, прерванных по медико-генетическим
показаниям

1. Плоды, абортированные по генетическим показаниям в любые сроки беременности, подлежат обязательному патологоанатомическому исследованию в следующих учреждениях:

массой менее 500 г - НИИ наследственных и врожденных заболеваний Минздрава Беларуси, Минск (доставка обеспечивается генетической службой, хранить в морозильнике);

массой 500-999 г, абортированные в:

- Минске и Минской области - НИИ наследственных и врожденных заболеваний Минздрава Беларуси;

- Бресте и Брестской области - в отделе детской патологии ОПАБ, Пинском и Барановичском отделениях ОПАБ;

- Могилеве и Могилевской области - в централизованной детской прозектуре, г.Могилев;

- Витебске и Витебской области - в отделе детской патологии

ОПАБ, Оршанском, Полоцком и Новополоцком отделениях ОПАБ;

- Гродно и Гродненской области - отделе детской патологии ОПАБ;

- Гомеле и Гомельской области - в централизованной детской прозектуре, г.Гомель.

Результаты патологоанатомического исследования обязательно высылаются в региональный медико-генетический центр и лечебно-профилактическое учреждение, в котором проводилось прерывание беременности.

2. Организация доставки абортированных плодов в патологоанатомическое отделение (отдел детской патологии ОПАБ) вместе с последом и направлением установленного образца возлагается на главного врача лечебно-профилактического учреждения.

3. Регистрация выкидышей и результатов антропометрического исследования производится в журнале поступления и выдачи трупов (ф.015/у).

4. Захоронение (кремация) выкидышей производится учреждением, проводившим патологоанатомическое исследование.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 4
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке патологоанатомических вскрытий лиц,
умерших от острых инфекционных заболеваний

1. Вскрытие трупов лиц, погибших от острых инфекционных заболеваний, а также инфицированных вирусоносителей и больных СПИД, проводится в секционном зале патологоанатомических отделений инфекционных больниц (отделах инфекционной патологии ОПАБ) и выполняют в халате, шапочке (косынке), клеенчатом фартуке и на рукавниках, перчатках, четырехслойной маске, защитных очках.

2. Отмена вскрытия лиц, умерших от острых инфекционных заболеваний, не допускается.

3. После вскрытия все инструменты и перчатки подвергаются обработке дезинфицирующим раствором (3% раствор хлорамина, 6% раствор перекиси водорода). Поверхность стола моют дезинфицирующим раствором. Накапливающиеся в процессе вскрытия жидкости обеззараживают 3% раствором хлорамина из расчета 1 объем жидкости на 2 объема дезинфицирующего раствора в течение 4 часов. В помещении проводят влажную уборку с применением дезинфицирующих растворов и проводят обучение бактерицидной лампой в течение 45 минут.

4. Исследование секционного материала бактериологически проводят с использованием сил и средств баклаборатории инфекционной больницы, другого лечебно-профилактического учреждения или патологоанатомического бюро.

5. Используемый для морфологического исследования биопсийный и секционный материал подвергается первичной обработке и фиксации в 10% растворе формалина.

6. Протоколирование данных вскрытия проводится по обычной системе.

7. В каждом случае смерти от острых инфекционных заболеваний исследуется кровь на СПИД, взятая из сердца во время вскрытия.

Особенности патологоанатомического исследования
лиц, умерших от ООИ

1. Вскрытие умерших от заболеваний особо опасными инфекциями и подозрительными на них проводят в специальной прозекторской для ООИ

в присутствии консультантов по карантинным инфекциям (врач-чумолог или врач отдела особо опасных инфекций областной или городской СЭС).

2. Метод полной эвисцерации не рекомендуется из-за возможности большого загрязнения и инфицирования окружающей обстановки: разбрызгивание, стекание жидкости с препаровального столика. Чаще всего применяют осмотр и вскрытие органов "на месте" без извлечения их из трупа.

3. При вскрытии умерших от чумы особенно тщательно осматривают поверхностно расположенные лимфоузлы: подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые и бедренные. Кожный лоскут на шее отсепааровывают до переднего края трапецевидной мышцы, что дает возможность осмотреть комплексы лимфатических узлов этой области. На груди костно-мышечный лоскут отделяется до заднеподмышечной линии, при этом открывается широкий доступ для осмотра подмышечных лимфоузлов. Для осмотра паховых и бедренных лимфоузлов делают два дополнительных разреза от лобка вправо и влево в паховые области. Осмотр внутренних органов и взятие материала начинать с селезенки, печени и лимфоузлов, что исключает внесение в органы вторичной, особенно мышечной микрофлоры.

Для выявления чумных микробов в органах применяют бактериоскопическое исследование мазков-отпечатков. С этой целью к поверхности свежего разреза органа прикасаются предметным стеклом. Из каждого органа делается по несколько отпечатков. Мазки фиксируют метиловым или этиловым спиртом или спирт-эфиром в течение 15 мин с последующим сжиганием оставшегося на мазке спирта. Недопустима фиксация мазков только над пламенем, так как при этом не происходит полного обеззараживания материала и мазок представляет известную опасность. Окрашивают мазки метиленовой синью, синькой Леффлера и по Гимза-Романовскому и по Граму (палочки чумы грам-отрицательны). Мазок рассматривают под имерсией. Микроб имеет закругленные концы и слегка вздутые стороны.

4. При вскрытии умерших от холеры обращают внимание на степень трупного окоченения, так как у умерших оно в алгидном периоде наступает рано и держится до 3-4 дней. Брюшина покрыта тягучей липкой слизью. Кишечник вскрывается только после того, как был взят материал для бактериологического исследования. Желчный пузырь не вскрывается, а после перевязки пупочного протока отсепааровывают целиком и в отдельной банке отправляют для бактериологического исследования. В типичных случаях и при раннем вскрытии холерные вибрионы обнаруживаются в обычных мазках из комочков слизи и кала со слизистой оболочки тонких кишок или из содержимого желчного пузыря. Микробы окрашиваются разведенным карболовым фуксином и располагаются кучками между клетками эпителия и лейкоцитами в виде "стаи рыбок".

5. При вскрытии умерших от натуральной оспы помимо осмотра кожных покровов, роговицы, слизистой полости рта, носа, носоглотки и внутренних органов обследуют яички, так как одним из осложнений может быть орхит.

6. Данные патологоанатомического вскрытия подробно протоколируются по общепринятой методике. В протоколе вскрытия умерших от натуральной оспы необходимо обязательно отметить, есть или нет на коже следы от прививок. В протоколе обязательно указывается, что взято для гистологического исследования, бактериологического и вирусологического исследования и характер фиксирующей жидкости. Подписанный прозектором протокол в тот же день сдается руководителю учреждения. Результаты бактериологических, гистологических исследований вносятся в протокол дополнительно.

7. В случае подозрения на геморрагические вирусные лихорадки вскрытие не производится, труп захоранивают или сжигают в крематории.

Обязанности

врача-патологоанатома при обнаружении на вскрытии изменений, характерных для особо опасных и карантинных инфекций

При обнаружении на вскрытии изменений, подозрительных на карантинные инфекции, патологоанатом обязан:

1. Временно, до прибытия консультантов – специалистов отдела особо опасных инфекций или противочумного учреждения прекратить вскрытие, покрыть труп простыней без применения дезинфицирующих средств. Если одновременно проводилось вскрытие нескольких трупов, их вскрытие также прекращается.

2. О предварительных результатах вскрытия патологоанатом обязан немедленно поставить в известность главного врача больницы или лицо, его замещающее.

3. Закрыть окна и форточки в секционной, запретить вход и выход из нее. Обеспечить защиту помещения от налета мух и обеспечить сток промывных вод в емкости с дезраствором.

4. Сообщить о случае, подозрительном на карантинную инфекцию, персоналу, находившемуся вне прозекторской, для проведения дезинфекции и изоляции патологоанатомического корпуса.

5. Потребовать защитную одежду (приложение 3), растворы дезинфицирующих средств (приложение 1) и средств для экстренной профилактики (приложение 2).

6. Все присутствующие во время вскрытия, кроме прозектора и санитаря, удаляются в соседнее помещение после предварительной обработки открытых частей тела дезраствором или 70% спиртом.

7. Прозектор и санитар снимают верхний халат и фартук, в котором проводили вскрытие, обрабатывают открытые части тела дезраствором или 70% спиртом и переодеваются в переданную защитную одежду. (Порядок одевания и снятия противочумного костюма см. приложение 4).

8. Санитар проводит текущую дезинфекцию помещения прозекторской, инструментов. У дверей прозекторской кладется ветошь (коврик), смоченный дезраствором.

9. После прибытия консультантов дальнейшее вскрытие, забор материала для исследования проводится под руководством специалистов по особо опасным инфекциям. Если своевременное прибытие консультантов невозможно, патологоанатом продолжает вскрытие трупа и берет материалы для бактериологического исследования с последующей передачей в лабораторию противочумного учреждения или отдела особо опасных инфекций.

10. После проведения вскрытия все лица, принимавшие в нем участие, подлежат изоляции, а помещение, инструментарий и одежда – обработке.

11. Дальнейшие меры принимаются в соответствии с планом противочумных мероприятий по городу (району).

Взятие материала для гистологического
и бактериологического исследования.

Упаковка и пересылка материала

При взятии материала из трупа пробы из каждого органа необходимо брать стерильно, в отдельную банку, и особое внимание должно быть обращено на недопустимость попадания дезраствора на инструменты, перчатки и склянку, куда помещаются пробы органа.

Для бактериологического исследования берут увеличенные лимфоузлы, печень, легкие, селезенку, кишечник, кровь из сердца, костный мозг из трубчатой кости и грудины. Лучше всего каждый кусочек брать в отдельную банку, а кусочки легких и кишечника во всех случаях берут в отдельные банки. При необходимости взятые кусочки помещают в консервирующие растворы: глицерина 20 г, воды 60 г, углекислого кальция 2 г. Кусочки размерами 1-2 кв.см помещают в банку с 5-10 мл жидкости. В такой жидкости материал может сохраняться несколько дней.

Для гистологического исследования берут кусочки всех органов, а также кусочки тканей из мест введения лекарственных препаратов размерами не более 1 кв.см. Материал фиксируют 10-30% формалином.

Для бактериологического исследования во время вскрытия берут три отрезка тонкого кишечника (верхняя, средняя и нижняя части) длиной 10 см каждая. Кишка берется невскрытая (после наложения двойных лигатур) и помещается в стерильную широкогорлую банку с притертой пробкой. Желчный пузырь после перевязки желчного протока извлекают целиком и, не вскрывая, помещают в широкогорлую банку. Учитывая, что холерный вибрион нестойк, материал для бактериологического исследования необходимо доставить как можно быстрее.

Для гистологического исследования берут, по возможности, кусочки всех органов. Если это не представляется возможным, забор ограничивается кусочками тонкого и толстого кишечника, брыжеечных лимфоузлов, печени, поджелудочной железы и почек.

Для вирусологических исследований берется кожа с подкожной клетчаткой и кусочки слизистой оболочки (полость рта, носоглотки, гортани, верхних дыхательных путей, влагалища) с наиболее выраженными изменениями. Размеры кусочков 7-8 кв.см. Кровь берут во время вскрытия из сердца или крупных сосудов.

Для гистологического исследования кусочки берут из всех органов.

Посев материала на месте вскрытия производится только бактериологом, владеющим методами диагностики особо опасных инфекций.

При отсутствии врача-бактериолога материал для исследования (бактериологического и вирусологического исследования) направляется патологоанатомом в лабораторию, предусмотренную планом противозидемических мероприятий по городу (району).

На каждую пробу материала заполняется этикетка с указанием фамилии, имени, отчества умершего, наименование материала, времени взятия (месяц, час, день), дата смерти, а также фамилия медработника, забравшего материал.

Кроме этикетки оформляется направление, в котором указывается фамилия, имя, отчество, адрес умершего, наименование материала, дата взятия материала, клинический диагноз, патологоанатомический диагноз, фамилия и должность врача, направившего материал.

Наружную поверхность посуды с материалом протирают тампоном, смоченным в дезрастворе и хорошо отжатым, обертывают в марлю, смоченную и хорошо отжатую от дезраствора и помещают в бикс или ящик, перекладывая объекты ватой. Пробирки предварительно помещают в металлические футляры, обернув их ватой.

Бикс или ящик с материалом должен быть опечатан и как можно скорее направлен нарочным в лабораторию на специальном транспорте.

Транспортировка и захоронение трупов лиц, погибших от особо опасных инфекций

После вскрытия все внутренние органы и головной мозг укладывают соответственно в грудную и брюшную полости, а также в полость черепа, куда затем закладывают ветошь, обильно смоченную 5-процентным раствором лизола. Зашивать трупы умерших от особо опасных инфекций не обязательно. Труп, завернутый и завязанный в простыню, смоченный 5-10-процентным раствором лизола, укладывают в плотный ящик (гроб), на дно которого насыпается хлорная известь слоем не менее 10 см. Труп, уложенный в гроб, засыпают сверху толстым слоем хлорной извести, закрывают крышкой.

Общее руководство и ответственность за правильную транспортировку, обеззараживание, порядок захоронения трупов лиц, подозрительных или с заведомо опасными инфекциями, возлагается на руководство санэпидстанции города или района. Для работы (рытье могилы, транспортировка, захоронение или сжигание трупов) выделяется не менее трех санитаров.

Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляет эвакуационная бригада в сопровождении специалистов по особо опасным инфекциям санэпидстанции или противочумного учреждения.

О сжигании или погребении трупа составляется акт, в котором перечисляются также все вещи, уничтоженные при захоронении (простыни, клеенка, гроб).

Обеззараживание спецодежды, инструментария и помещения

Для обеззараживания спецодежды и инструментария в помещении должны быть:

1. Бак или таз с дезинфицирующим раствором (лизол, карболовая кислота или хлорамин) для обеззараживания халатов, косынок, перчаток, полотенец.
2. Тазик с дезинфицирующим раствором для рук.
3. Банка с 70° спиртом – для обеззараживания очков.
4. Кастрюля с дезинфицирующим раствором или мыльной водой для обеззараживания ватно-марлевых повязок (в последнем случае кипячение в течение 40 мин).

При обеззараживании костюма дезинфицирующими средствами все его части полностью погружаются в раствор.

Для обеззараживания помещений секционной, защитной одежды, в которой проводилось патологоанатомическое исследование трупа с подозрением на чуму, холеру, сап применяют 5-процентный раствор лизола, карболовой кислоты, 3-процентный раствор хлорамина при экспозиции 3-6 ч.

Если проводилось вскрытие трупа, погибшего от заболевания сибирской язвой или натуральной оспой, для обеззараживания используют препараты хлора (5-процентный раствор хлорамина), а при натуральной оспе и 8-процентный раствор лизола при экспозиции 24 часа.

Обеззараженная одежда прополаскивается, сушится и употребляется вновь. Инструментарий обеззараживается путем кипячения в 2-процентном растворе соды в течение 30 мин с момента закипания, а после вскрытия трупов с подозрением на сибирскую язву и натуральную оспу – в течение 2 часов.

После вывоза трупа производят влажную дезинфекцию секционной и ее обстановки с помощью гидропульта или других разбрызгивателей.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 1
к Положению № 4 "О порядке
патологоанатомических
вскрытий лиц, умерших от
острых инфекционных
заболеваний"

КОМПЛЕКТ
имущества для проведения вскрытия трупов
в режимных условиях

Укладка № 1

Противочумные костюмы 1 типа в клеенчатых мешках – 3 костюма

Укладка № 2

Секционный набор

Укладка № 3

Лабораторная укладка

Широкогорлые банки с притертой пробкой
емкостью 200-250 мл, стерильные

10 шт.

Чашки Петри стерильные	10 шт.
Пробирки бактериологические	10 шт.
Стекла предметные	10 шт.
Марлевые салфетки малые стерильные	5 шт.
Штатив для пробирок	1 шт.
Спиртовка	1 шт.
Спирт	100 мл
Лейкопластырь	1 уп.
Простой карандаш	1 шт.
Спички	1 кор.
Бланки направлений в баклабораторию	3 шт.
Бикс большого размера	1 шт.

Укладка № 4

Хлорная известь	30 кг
Хлорамин	5 кг
Лизол	5 кг

Приложение 2
к Положению № 4 "О порядке
патологоанатомических
вскрытий лиц, умерших от
острых инфекционных
заболеваний"

Наиболее употребительные дезинфицирующие средства

- Хлорная известь содержит 28-32 процента активного хлора. Растворы хлорной извести обладают бактерицидными, спороцидными свойствами в концентрации 1-5-10 процентов. Для дезинфекции внутри помещения применяются осветленные растворы, для грубой дезинфекции - хлорноизвестковое молоко. В сухом виде хлорная известь используется для обеззараживания выделений (кровь, моча, кал, мокрота, смывные воды и др.), а также для обработки мест выплода мух.

- Двустретиосновная соль гипохлорида кальция (ДТСГК). Содержит 47-52 процента активного хлора. Рекомендуется применять в тех случаях, как и хлорную известь. При этом концентрация рабочих растворов в 2 раза меньше, так как в растворах ДТСГК содержится в 2 раза больше активного хлора.

- Лизол в 2-5-8-процентной концентрации обладает бактерицидными свойствами и применяется для обеззараживания различных объектов при кишечных, капельных, вирусных инфекциях и при дерматомикозах.

- Формалин - (40-процентный формальдегид). Бактерицидными и спороцидными свойствами обладают 5-10-процентные растворы формалина.

- Хлорамин В содержит 26 процентов активного хлора. Растворы хлорамина обладают бактерицидными и спороцидными свойствами. Растворы хлорамина применяют в 1-3-5-процентной концентрации. Для повышения их активности используют активированные растворы хлорамина, добавляя соли аммония в соотношении 1:1 или 1:2.

Активированные растворы хлорамина применяют в более низких концентрациях. 1-4-процентные активированные растворы хлорамина обладают спороцидным действием.

- Хлорамин ХВ содержит 24-27 процентов активного хлора. Активность препаратов ХВ соответствует хлорамину В. Используют хлорамин ХВ в тех же концентрациях, как и хлорамин.

- Перекись водорода выпускается в виде водного раствора 30-33-процентной концентрации под названием "Пергидроль". При смешивании с поверхностью активными веществами ("Прогресс", "Новость") дезинфицирующее действие препарата усиливается. Смесь перекиси водорода с мощными средствами оказывает бактерицидный эффект в 3-процентной концентрации, а спороцидное действие - в 6-процентной концентрации.

Приложение 3
к Положению № 4 "О порядке
патологоанатомических
вскрытий лиц, умерших от
острых инфекционных
заболеваний"

Спецодежда

Патологоанатом и присутствующие при вскрытии одевают следующие типы одежды:

- при подозрении на чуму, сибирскую язву, легочную форму сапа - противочумный костюм I типа;
- при подозрении на холеру, мелиоидоз и другие формы сапа - костюм II типа;
- при подозрении на натуральную оспу - костюм III типа с ватно-марлевой маской.

При вскрытии следует дополнительно надевать клеенчатый фартук, клеенчатые нарукавники, вторую пару резиновых перчаток.

Вскрытие трупов лиц, умерших от туляремии, бруцеллеза производится в общем порядке.

Типы противочумных костюмов

Первый тип - полный противочумный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, капюшона или соответствующей косынки, противочумного халата, ватно-марлевой маски, резиновых перчаток, носков, сапог резиновых или кожаных, полотенца.

Второй тип - облегченный противочумный костюм, состоящий из комбинезона (пижамы), противочумного халата, капюшона (косынки), резиновых перчаток, носков, сапог резиновых или кожаных и полотенца.

Третий тип - состоит из пижамы, носков, тапочек или другой легкой обуви.

Комбинезон изготавливают из плотной ткани (бязи или полотна). Длина - до нижней трети голени с завязанными на концах штанин и рукавов. Спереди комбинезона - глухая застежка из пуговиц.

Противочумный халат по типу хирургического длиной до нижней трети голени; полы халата должны заходить одна за другую, а пояс, состоящий из двух частей, пришитых каждая к отдельной доле, должен быть шире и длиннее обычного, чтобы его можно было завязать спереди. Завязки у высокого ворота делают по тому же типу, как и пояс. Для завязывания рукавов пришивают одну длинную тесьму.

Противочумную косынку изготавливают из бязи или полотна размером 90x90x125 см. Из той же ткани шьют капюшон, который должен полностью закрывать лоб, щеки и подбородок.

Для изготовления ватно-марлевой маски (респиратора) используют кусок марли длиной 12 см и шириной 50 см. В средней части куска в продольном направлении укладывают сплошной пласт ваты длиной 25 см, шириной 17 см. Края марли заворачивают и под наружный ее край закладывают 3 кусочка ваты. Длинные марлевые концы разрезают вдоль,

немного не доходя до ватной прослойки.

Применяют очки авиационного типа с широким, плотно прилегающим краем. Для однократного использования вместо очков можно применять прозрачный целлофан.

Употребляют хирургические и анатомические перчатки.

Приложение 4
к Положению № 4 "О порядке
патологоанатомических
вскрытий лиц, умерших от
острых инфекционных
заболеваний"

ПОРЯДОК надевания противочумного костюма

1. Противочумный костюм надевают в предсекционной комнате.
2. Надевать костюм необходимо не спеша, тщательно, с тем, чтобы во время работы не поправлять части костюма.
3. Сначала надевают комбинезон, носки, сапоги.
4. Затем - капюшон. Косынка должна закрывать волосы, лоб, шею и уши. Затем надевают противочумный халат.
5. Тесемки у ворот халата, а также пояс халата завязывают спереди на левой стороне и обязательно петлей, после чего завязывают тесемки на рукавах.
6. Маску надевают на лицо так, чтобы были закрыты нос, рот, для чего верхний ее край должен находиться на уровне нижней части орбит, а нижний слегка заходить за подбородок. Верхние тесемки маски завязывают петлей на затылке, а нижние - на темени (по типу пращевидной повязки). По обе стороны носа, в местах, где маска недостаточно плотно прилегает к лицу, закладывают комочки ваты.
7. Очки должны быть хорошо пригнаны, свободное место на переносице закладывают ватным тампоном, стекла перед надеванием натирают специальным карандашом, чтобы предупредить их запотение.
8. После очков надевают резиновые перчатки, проверенные на герметичность. Перчатки надевают поверх рукавов халата. После чего за пояс с правой стороны халата закладывают полотенце.
9. При проведении вскрытия умерших от чумы дополнительно после надевания первой пары перчаток надевают: клеенчатый фартук, тесемки пояса которого завязывают петлей с левой стороны, надевают клеенчатые нарукавники и затем - вторую пару перчаток, после чего за пояс фартука с правой стороны закладывают полотенце.

Приложение 5
к Положению № 4 "О порядке
патологоанатомических
вскрытий лиц, умерших от
острых инфекционных
заболеваний"

ПОРЯДОК снятия противочумного костюма

1. Тщательно, в течение 1-2 мин моют руки в перчатках в дезрастворе.
2. Медленно вынимают полотенце.
3. Протирают ватным тампоном, обильно смоченным дезраствором, клеенчатый фартук, снимая его и свертывая наружной стороной внутрь.
4. Сняв вторую пару перчаток и нарукавники.
5. Сапоги обтирают ватным тампоном, смоченным дезраствором сверху вниз (для каждого сапога отдельный тампон).
6. Ватно-марлевую маску снимают, не касаясь лица наружной ее стороной.
7. Развязывают завязки ворота, пояса халата и, опустив верхний

край перчаток, освобождают завязки рукавов, снимают халат, завертывая наружную часть его внутрь.

8. Очки снимают, оттягивая их двумя руками кпереди вверх и назад.

9. Снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на затылке.

10. Еще раз обмывают сапоги в баке с дезраствором и снимают их.

11. Снимают комбинезон.

12. Снимают перчатки, проверяют их на целостность в дезрастворе (но не на воздухе). Руки тщательно моют мылом с теплой водой.

13. В помещении должно быть предусмотрено:

а) бак с дезраствором для рук; обеззараживание халата, косынки, полотенца;

б) тазик с дезраствором для рук;

в) банка с 70° спиртом для обеззараживания очков;

г) кастрюля с дезраствором для обеззараживания ватно-марлевых масок.

Приложение 6
к Положению № 4 "О порядке патологоанатомических вскрытий лиц, умерших от острых инфекционных заболеваний"

Аптечка для оказания экстренной помощи

Стрептомицин	1 фл.	500000 ед.
Изотонический раствор	1 амп.	20 мл
Салфетки малые стерильные	1 пачка	5 шт.
Спирт 70°	1 фл.	100 мл
Раствор протаргола	1 фл.	10 мл
Навеска хлорамина		50 г

Приложение 7
к Положению № 4 "О порядке патологоанатомических вскрытий лиц, умерших от острых инфекционных заболеваний"

Меры экстренной профилактики

При подозрении на попадание заразного материала на слизистые оболочки глаз, носа, рта, кожу последнюю обрабатывают дезинфицирующим раствором (1-процентный хлорамин, 3-процентный лизол) (или 70° спирт). Слизистые оболочки - раствором соответствующего антибиотика.

При подозрении на чуму применяют раствор стрептомицина (в 1 мл 250 тыс.ед.).

При подозрении на холеру - раствор тетрациклина (в 1 мл 200 тыс.единиц).

При попадании вируса натуральной оспы слизистые оболочки обрабатываются 0,5-процентным раствором марганцовокислого калия.

При отсутствии антибиотиков в глаза вводят несколько капель 1-процентного раствора азотнокислого серебра, в нос - 1-процентный раствор протаргола, в рот-горло - прополаскивают 70° этиловым спиртом.

Пострадавшего изолируют и проводят профилактическое лечение.

Приложение 5
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ
по исследованию биопсийного материала

1. Биопсийным материалом следует считать прижизненно взятые (удаленные) участки человеческого организма с диагностической или лечебной (во время хирургической операции – операционный материал) целью.

2. Весь указанный материал в обязательном порядке подлежит патологоанатомическому исследованию. Целью исследования является установление диагноза или вида патологических процессов, имеющих место в удаленных тканях и органах, установления динамики патологических процессов, достаточность объема операционного вмешательства, наличие метастазов, а при возможности – установление этиологии патологического процесса.

3. Доставка биопсийного материала в патологоанатомическое отделение (отдел биопсийных и цитологических исследований ОПАБ) осуществляется лечебным учреждением, назначившим данное исследование. Патологоанатомическая служба может взять доставку биопсийного материала из отдаленных лечебных учреждений на себя при наличии у нее автотранспорта.

4. Биопсийный материал может доставляться в патологоанатомическое отделение (отдел биопсийных и цитологических исследований ОПАБ) сразу после удаления из организма больного или фиксироваться в 10-процентном нейтральном формалине (или 70° этиловом спирте) и доставляться в фиксированном виде. При этом ткани и органы не должны деформироваться и объем фиксирующей жидкости должен превышать объем материала в 20-30 раз.

5. Доставленный биопсийный материал должен быть тщательно маркирован: указаны фамилия, имя, отчество, возраст, номер медицинской карты, отделение больницы и дата забора. Если материал от одного больного удален несколькими частями, каждая часть маркируется отдельно (№ 1, 2, 3...) с пояснениями в биопсийной карте. Делить материал на части и отправлять в разные патологоанатомические учреждения или доставлять в одно патологоанатомическое учреждение в разное время категорически запрещается.

6. На каждый подлежащий исследованию объект заполняется специальный бланк направления (биопсийная карта) на патологоанатомическое исследование (учреждение, диагноз, № ____), который доставляется вместе с биопсийным материалом в патологоанатомическое отделение или отдел биопсийных и цитологических исследований ОПАБ. Биопсийный материал не принимается на исследование без направления на официальном бланке. Бланк (биопсийную карту) заполняет собственноручно лечащий врач, приводя, кроме диагноза, краткие данные анамнеза и проведенного лечения. Обязательно проводится расшифровка маркировки частей объекта (если объект расчленен), места патологического процесса или другие особенности объекта.

Лечащий врач может указать в биопсийной карте вопросы, на которые он хотел бы получить ответ от врача-патологоанатома.

7. Подсохший, загнивший, замороженный или залитый неизвестной жидкостью материал для исследования не принимается. Об этом делается отметка в биопсийной карте.

Биопсийный материал не может быть принят при небрежном заполнении биопсийной карты, о чем патологоанатом должен сообщить в направившее материал лечебное учреждение.

8. Персонал патологоанатомического отделения, отдела ПАБ (лаборатории) должен быть проинструктирован об особой ответственности за правильный прием, регистрацию и сохранность принятого и обработанного материала, что нередко решает вопрос о здоровье и жизни больного.

9. Лаборант патологоанатомического отделения, отдела ПАБ, принимая поступающий в лабораторию материал вместе с сопроводительным бланком, проверяет правильность и полноту заполнения всех граф и соответствие полученного материала указаниям в бланке.

10. Регистрация биопсийного материала. 1 вариант регистрации: книга регистрации содержит следующие графы: № по порядку (нумерацию исследования каждый год рекомендуется начинать заново), каждому присланному материалу присваивается столько номеров, сколько кусочков, исследуемых из данного материала; дату поступления и дату исследования материала; фамилию, имя, отчество больного, возраст; номер истории болезни; объект исследования; предполагаемый клинический диагноз, необходимые клинические сведения о больном, включая данные лабораторного исследования; гистологическое или цитологическое описание препаратов и диагноз; расписку в получении заключения.

2 вариант регистрации: паспортные данные заносят в чистый бланк, на котором также указывают соответствующий номер исследования и куда вносят под копирку результаты макроскопического и микроскопического исследования. В лечебное учреждение отсылается копия заключения, а оригинал бланка, полученный вместе с материалом, брошюруют в папки и хранят в лаборатории.

3 вариант: внесение этих данных в компьютер при наличии последнего.

Таким образом, в лаборатории сохраняются все клинические сведения о больном, что обеспечивает четкую документацию и возможность обобщения результатов биопсийной работы; целесообразно заполнять все графы бланка в патологоанатомическом отделении на пишущей машинке.

11. Макроскопическое описание материала, подлежащего исследованию, определение методов его обработки, способов исследования и необходимых видов окраски производит соответственно врач-патологоанатом. Поручать эту работу лаборанту запрещается.

12. Каждому препарату (кусочку) присваивается очередной порядковый номер, который пишется на бирке, помещаемой в посуду с исследуемым материалом, на блоке при заливке в целлоидин или парафин и проставляется на гистологических препаратах. Под номером исследования на предметных стеклах дробью проставляют две последние цифры года исследования.

13. Исследование присланного биопсийного материала необходимо заканчивать в следующие сроки:

а) экстренные биопсии не позднее 20–25 минут от момента получения материала;

б) ускоренных биопсий не позднее 2–3 суток. Срок обработки костной ткани и биопсий, требующих дополнительных методов окраски и консультации высококвалифицированных специалистов, может быть продлен. В сроки исследования не входит время доставки материала и пересылки результатов в больницу.

14. Результаты патологоанатомического исследования биопсийного материала вписываются в биопсийную карту в 2 частях. Первая должна содержать краткое описание гистологической картины исследуемого материала. Вторую часть составляет заключение о характере патологического процесса или диагноз. Здесь же приводятся указания на этиологию процесса, достаточность объема операции, а также рекомендации патологоанатома по поводу повторных или дополнительных исследований.

15. Гистологические препараты могут быть выданы больному, родственникам его или медицинскому персоналу для консультации в другом лечебном учреждении при наличии официального письменного

запроса из этого учреждения. Соответствующее отношение с запросом вклеивается в книгу регистраций гистологических заключений соответственно номеру препарата, а по возвращении препаратов перечеркивается. Лечебное учреждение, которому выданы препараты, обязано возвратить их в патологоанатомическое отделение. Выдача на руки больным бланков исследования запрещается.

16. В целях повышения качества морфологической диагностики в лечебных учреждениях Республики Беларусь рекомендуется широко использовать консультативную помощь высококвалифицированных специалистов (главных патологоанатомов областей, заведующих и профессоров кафедр патологической анатомии вузов, руководителей лабораторий научно-исследовательских институтов).

17. При отправке материалов на консультацию следует строго соблюдать следующие правила:

а) на консультацию принимается биопсийный и секционный материал только в соответствующей упаковке и при наличии сопроводительных документов. На присылаемый материал заполняется официальный бланк направления на патологоанатомическое исследование с обязательным заполнением всех граф этого документа, дополнительными сведениями о больном, облегчающими диагностику;

б) консультативным исследованием в биопсийной практике следует считать исследование готовых гистологических препаратов, исследование материала в виде парафиновых или пластмассовых блоков, а также материала в виде удаленных частей органов и тканей, если они присланы из других лечебных или патологоанатомических учреждений.

При этом материал регистрируется следующим образом:

а) готовый гистологический препарат или несколько препаратов, изготовленных из одного блока по одной методике, регистрируются как 1 препарат и им присваивается 1 номер в регистрационном журнале консультирующей организации;

б) одному или нескольким препаратам, изготовленным для консультативного исследования из присланных блоков или участков тканей и органов по одной гистологической методике, присваивается один номер. Количество и виды методик определяются консультантом;

в) материал, посылаемый на консультацию, может быть представлен в виде готовых гистологических микропрепаратов, блоков (целлоидиновых, парафиновых) и фиксированных кусочков ткани с указанием метода фиксации. Заключение по одним гистологическим препаратам дается только в случаях, не требующих дополнительных методов окраски;

г) гистологические препараты должны быть присланы на стандартных предметных стеклах с четко написанными номерами. Желательно иметь не менее двух дубликатов, помещенных на отдельные стекла. Микропрепараты должны быть высокого качества и окрашены необходимыми для каждого конкретного случая методиками;

д) упаковка материала должна обеспечить его сохранность и исключить повреждение при любом способе транспортировки и длительной пересылки;

е) блоки материала, залитого в парафин, должны иметь соответствующую маркировку. Если с парафиновых или целлоидиновых блоков ранее делались срезы, то перед отправкой их поверхность необходимо залить дополнительным слоем парафина или целлоидина.

18. Заключение консультанта высылается в учреждение, направившее материал на консультацию. Выдача заключения на руки больному запрещается.

19. Биопсийный материал может иметь разный объем, разный характер патологических процессов, и его исследование, соответственно, может требовать изготовления и изучения разного количества препаратов. Исследование биопсийного материала включает в себя следующие виды работ:

а) описание макропрепарата и определение конкретных мест исследования;

б) вырезка участков из этих мест;

в) проводка через батарею реактивов и изготовление из них

парафиновых или пластмассовых блоков;

г) изготовление микросрезов с указанных блоков, освобождение их от парафина или пластмассы и окраска тканей по определенной требующейся методике, т.е. изготовление самого патогистологического препарата;

д) изучение препаратов патологоанатомами.

Таким образом, единицей нагрузки персонала патологоанатомических отделений при исследовании биопсийного материала является патогистологический препарат. Каждому препарату (блоку) присваивается отдельный номер.

Рекомендуется при исследовании различных органов и тканей изготовление следующего минимального количества препаратов.

Рекомендуемый минимальный объем исследования
биопсийного материала

Ткань органов, его отделы	Количество кусочков
Желудок	
из опухоли	8-10
из язвы	4-5
по линиям операционных разрезов	2-4
стенка желудка вне опухоли или язвы	2
сальник	1-2
перигастральные лимфатические узлы	все обнаруженные по коллекторам
Молочная железа	
опухоль	3-5
граница опухоли - окружающая ткань	2
железа вне опухоли	2
область соска и крупных протоков	2
кожа при ее поражении	1-2
лимфоузлы	все по коллекторам
Секторальная резекция молочной железы	
мастопатии, фиброаденомы, аденомы и др. пролиферирующие процессы	5-6
Удаленный комплекс женских половых органов	
злокачественные опухоли тела матки	4-5
фибромиомы - из каждого узла	2-3
граница опухоли - неизменная ткань	1-2
тело матки с эндометрием и миометрием	2-3
яичники (из каждого)	2-3

трубы	2
л/узлы параметрия клетчатки	все
Кистомы и другие опухоли яичников	
гладкостенные	3-4
папиллярные и солидные	6-7
неопухолевые поражения	целиком
Шейка матки	исследуется целиком, не менее чем в 6 ступенчатых срезах, при подозрении на инвазивный рак изготавливается 10 или более срезов
конизация (при дисплазиях и раках)	
Почка	
опухоль	5-6
граница опухоли - здоровая ткань	2
корковый и мозговой слои	2
лоханка с частью мозгового слоя	1-2
неопухолевые заболевания	5-8
Легкое	
опухоль	4-5
граница опухоли - неизменная ткань	2
регионарные лимфоузлы (бронхопульмональные и средостения)	все обнаруженные
неопухолевые заболевания	8-10
на границе - очаг - неизменная ткань	1-2
Гортань	
опухоль	6
граница опухоли - неизменная ткань	2
л/узлы	все обнаруженные
доброкачественные опухоли	все кусочки
неопухолевые заболевания	все кусочки
Кишечник	
опухоль (центр, края)	4-6

края резекции	2
л/узлы	все обнаруженные
неопухолевые поражения	4-6
Щитовидная железа	
из каждой доли	5-7
перешеек	3-4
л/узлы	все обнаруженные
Предстательная железа	5-8 (2-3 кусочка из каждого узла)
при трансуретальной электрокоагуляции	весь материал в виде соскоба
Мочевой пузырь	5-6
Опухоли слюнных желез	5-6
Опухоли головного мозга	
опухоль	3-5
граница опухоли - окружающая ткань	2-4
мозг вне опухоли	4-6
Кожа	
рак	4-5
меланома	4-5
доброкачественные поражения	4-5
неопухолевые заболевания	4-5
Лимфоузлы	
при системных заболеваниях кровотворной ткани	целиком
при метастазах с невыясненной первичной локализацией	целиком
при воспалительных и других неопухолевых процессах	целиком
Опухоли мягких тканей	
из каждого солитарного узла	5-10 и более
граница опухоли - неизменная ткань	2-3
Опухоли других органов и тканей	
из опухоли	2-5

из окружающей ткани	1-2
Желудок (фиброгастроскопия)	все препараты
Пищевод (фиброгастроскопия)	все препараты
Толстый и тонкий кишечник (ФГС)	все препараты
Гортань (ФГС)	все препараты
Глаза	целиком серийные срезы
Соскобы (исследуется весь материал)	
скудный ($V \leq 1$ кв.см)	1 препарат
умеренный ($V \leq 3$ кв.см)	3 препарата
обильный ($V \leq 6$ куб.см и $>$)	6 и более препаратов
Материал	
раскускованный или в виде отдельных фрагментов	1-2 из каждого фрагмента
Костная ткань	5-6
Эпулисы	целиком
Верхняя и нижняя конечности при облитерирующем эндартериите и атеросклерозе	
сосуды	2
край и дно трофической язвы	3-4
некротизированные мягкие ткани	2
демаркационная зона	2-3
кость (при повреждении)	3-4
Грыжевой мешок	2
Трубы при внематочной беременности	6 и более
Симпатические ганглии	2-3
Селезенка	3-4
Печень (биопсийный материал)	целиком
Червеобразный отросток	
не измененный макроскопически	в виде "рулона" или не менее 5 кусочков
измененный	3-5
Желчный пузырь	3-4

Послед	8-10
пуповина	2
оболочки	2
плацента	6-8

Примечание. Кусочки, взятые из разных отделов органов, маркируются в обязательном порядке (например: шейка матки, фиброматозные узлы и т.д.). Каждому кусочку, наклеенному на блок, присваивается отдельный регистрационный номер, исключение могут составлять мелкие фрагменты ткани при эндоскопии и трансуретральной электрокоагуляции, которые могут заливаться в один блок и каждому кусочку присваивается отдельный регистрационный номер.

Плацента

кусочки плаценты вырезаются из центрального, парацентрального и периферических отделов, оболочек, пуповины в области прикрепления к плаценте и из центрального отдела

8-10 кус.

Пороки развития

Легкие (врожденная лобарная эмфизема, поликистоз)	4-6
Желудочно-кишечный тракт (атрезия, болезнь Гиршпрунга)	2-3
Атрезия желчных протоков	весь кусочек
Мочевыводящая система (стеноз мочеточников, дивертикул мочевого пузыря, удвоение, гидронефроз)	с участками сужения, выше и ниже расположенные участки
Крипторхизм	2-3
Кисты, перекрут яичника	1-2
Варикоцеле	весь отрезок сосуда делится на несколько столбиков
Костная система (костно-хрящевые экзостозы)	1-2 кусочка хряща на границе с костной тканью

Начальник Главного управления организации и контроля медицинской помощи П.Н. Михалевич

Приложение 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ о клинико-патологоанатомической конференции

Клинико-патологоанатомические конференции являются формой

работы врачебного персонала лечебно-профилактических и патологоанатомических учреждений. Они проводятся в строго регламентированное рабочее время. Организует клинико-патологоанатомические конференции администрация лечебного учреждения по графику, согласованному с патологоанатомической службой. Клинико-патологоанатомические конференции имеют своей задачей всесторонний и объективный анализ клинических и секционных материалов с обращением особого внимания на причины и источники ошибок в сроках организации помощи, диагностики и лечении больных. Они должны способствовать повышению общего профессионального уровня врачей лечебного учреждения, предупреждению повторения ошибок и просчетов. Клинико-патологоанатомические конференции не должны замыкаться на формальном сличении диагнозов. Вопросы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов должны быть решены до вынесения случая на клинико-патологоанатомическую конференцию.

На клинико-патологоанатомических конференциях подлежат изучению секционные наблюдения, представляющие научный или практический интерес; в равной степени это относится и к материалу, удаленному при хирургических вмешательствах, подлежат обсуждению наблюдения с типически протекавшими заболеваниями и редкие заболевания; случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза; все случаи смерти больных на операционном столе или вследствие врачебного вмешательства (например, после зондирования сердца, коронаро- или аортографии и т.п.); все случаи смерти от аппендицита, пневмонии (как основного заболевания), острых инфекционных (особенно кишечных) заболеваний; случаи, оставшиеся неясными после секции. Кроме того, на клинико-патологоанатомических конференциях необходимо обсуждать случаи ошибок в поликлинической, клинической диагностике, дефекты оказания медицинской помощи (в отношении сроков госпитализации, преемственности ведения и лечения больного в поликлинике – больнице и др.). Подлежат обязательному обсуждению также все случаи запоздалой диагностики, когда правильный диагноз был поставлен в лечебном учреждении настолько поздно, что лечебные мероприятия уже не могли повлиять на течение и неблагоприятный исход болезни (в данном случае речь идет о формальном совпадении основных диагнозов), случаи смертельных исходов в связи с неправильным лечением; правильно диагностированные, но сложные с точки зрения диагностики и лечения случаи. Разбору на конференциях подлежат случаи запоздалого диагноза осложнений основного заболевания, имевших значение для смертельного исхода, дефекты медицинской документации.

На одной из клинико-патологоанатомических конференций обсуждается анализ качества клинической диагностики и лечебной работы за год в данном лечебном учреждении, проведенный заведующим патологоанатомическим отделением (отделом общей патологии ПАБ) по патологоанатомическим материалам.

Случаи смерти или ошибок клинической диагностики по биопсийному материалу для конференции предлагает зав. патологоанатомическим отделением или отделом общей патологии ОПАБ, и администрация лечебно-профилактического учреждения не вправе отменить их обсуждение. В то же время руководство больниц может выносить на клинико-патологоанатомическую конференцию и те случаи, разбор которых оно считает целесообразным.

Для проведения клинико-патологоанатомической конференции приказом главного врача лечебного учреждения назначается председатель и его заместитель, а также секретарь конференции. Председателем и зам. председателя назначаются наиболее компетентные и опытные врачи, в клиническом лечебном учреждении возможно назначение научных сотрудников совместным приказом главного врача лечебного учреждения и директора НИИ или учебного института. Сопредседателями с равными правами на клинико-патологоанатомической конференции являются представители кафедр патанатомии, начальник патологоанатомического бюро (профессора, доценты) или заведующий патологоанатомическим отделением.

В крупных лечебных учреждениях может практиковаться проведение

клинико-патологоанатомических конференций в группах однопрофильных отделений. При этом председатель (или его заместитель) и секретарь остаются те же.

Представители кафедр патанатомии медицинских вузов, патологоанатомических отделов НИИ, начальник патологоанатомического бюро или заведующий патологоанатомическим отделением также участвуют в конференции с правом сопредседателя.

Для углубленного анализа обсуждаемого случая администрация лечебного учреждения приглашает незаинтересованного высококвалифицированного специалиста в качестве референта по данному случаю.

Порядок проведения клинико-патологоанатомической конференции:

- объявление о клинико-патологоанатомической конференции вывешивается не позднее 7 дней со дня ее проведения;

- на обсуждение выносятся не более двух (как правило, один) случаев смерти больных;

- конференцию открывает один из сопредседателей;

- лечащий врач умершего докладывает участникам конференции все обстоятельства диагностики и лечения. Доклад в обязательном порядке сопровождается демонстрацией иллюстративного материала (рентгенограммы, схемы и графики изменений лабораторных показателей, ЭКГ, температуры и др.), без которого участникам конференции затруднительно охватить всю динамику обсуждаемого случая. Лечащий врач должен объяснить конференции логику своего клинического мышления, смысл назначений, всю тактику помощи больному до его смерти. Он должен ответить на все вопросы участников конференции, касающиеся разбираемого случая;

- патологоанатом, проводивший исследование трупа, докладывает материалы вскрытия и результаты дополнительных исследований. Доклад сопровождается демонстрацией иллюстративного материала (слайды, схемы, макропрепараты). Докладывает патологоанатомический диагноз и эпикриз, аргументируя их клиническими и патологоанатомическими материалами. Отвечает на вопросы участников конференции, касающиеся разбираемого случая;

- далее следует доклад референта. Он должен содержать анализ случая, анализ действий лечащего персонала, анализ медицинских документов по данному случаю. Референт должен доложить свою версию развития патологических процессов и влияние на них проведенных медицинских мероприятий. Обязательно мнение референта о своевременности диагностических и лечебных мероприятий (в некоторых случаях до часов, минут). Мнение референта должно быть четким, т.к. в дальнейшем ходе конференции обсуждается именно его мнение. Референт обязан ответить на вопросы участников, касающиеся разбираемого случая;

- отталкиваясь от версии референта, участники конференции обсуждают представленный случай. Выступления должны быть деловыми, содержать только мнение о данном конкретном случае, тактике диагностики и лечения, допущенных ошибках и возможности их предупреждения в дальнейшей практике. Ни доклад референта, ни выступления участников конференции не должны превращаться в отвлеченные доклады о заболеваниях, имевших место у умершего;

- заключение (решение) конференции. Формулировку его предлагает один из сопредседателей. Если председатель-клиницист связан по служебным обязанностям с лечащим врачом или лечащим отделением, где лечился умерший больной, формулировку предлагает сопредседатель-патологоанатом. Формулировка предлагается участникам, которые могут высказывать свои соображения и вносить предложения. Принципиально отличные мнения заносятся в протокол;

- последним выступает сопредседатель, не предлагавший формулировку заключения;

- протокол подписывается председателем и секретарем;

- на конференции не решается вопрос о дисциплинарных взысканиях.

Администрация лечебных учреждений должна анализировать

материалы конференции с целью разработки и осуществления мероприятий по предотвращению в дальнейшей практике выявленных ошибок в диагностике и лечении больных.

Городской отдел здравоохранения или администрация ТМО могут организовывать и проводить общегородские клинико-патологоанатомические конференции для разбора случаев, представляющих особый интерес. Подобные конференции проводятся по вышеизложенным принципам.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П. Н. Михалевич

Приложение 7
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о сличении клинического и патологоанатомического диагнозов

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

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 8
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ об архиве патологоанатомического материала

Биопсийным материалом являются прижизненно взятые (удаленные) участки человеческого организма с диагностической или лечебной целью.

Секционным материалом являются участки трупа, забранные во время вскрытия для дальнейшего патологоанатомического исследования (гистологического, гистохимического, иммуноморфологического, морфометрического и т.д.).

Биопсийный и секционный материалы в виде уже изготовленных биопсийных и секционных гистологических препаратов, парафиновых или пластмассовых блоков, а также в виде кусочков органов и тканей в фиксирующей жидкости ("сырой материал") сохраняются в патологоанатомических отделениях и составляют архив патологоанатомического материала.

Хранение архива патологоанатомического материала должно производиться в отдельных помещениях. Размещение рабочих мест сотрудников патологоанатомической службы в этих помещениях запрещается.

"Сырой материал" должен храниться в отдельном от других материалов (блоки, препараты) помещении. "Сырой материал" хранится в фиксирующем растворе в плотно закрытых стеклянных банках или запаянных пластмассовых пакетах с помещением номера маркировки внутри посуды и этикеткой с тем же номером снаружи. Номер пишется простым карандашом на клеенчатом материале.

Сырой биопсийный и секционный материал обязательно хранится один год, считая от времени его исследования. В дальнейшем он уничтожается. Отдельные объекты в научных или учебных целях могут храниться дольше. Решение о их хранении принимает зав.отделением, а в учреждениях, являющихся базами научных институтов, - заведующий кафедрой или отделением.

Парафиновые или пластмассовые блоки хранятся в специальной посуде или упаковке с четкой маркировкой (№ по биопсийному или секционному журналу). Посуда и упаковки размещаются на стеллажах в положении, удобном для обнаружения. Блоки секционного и биопсийного

материала должны храниться в течение 3 лет. Блоки из материала злокачественных опухолей, патологических процессов клинически или морфологически подозрительных на злокачественность, а также блоки из материала со специфическими воспалительными процессами и редкими заболеваниями хранятся 5 лет и более. Вопрос о их дальнейшем хранении решает зав.кафедрой, зав.отделом или (в обычных патологоанатомических отделениях) зав.отделением.

Гистологические препараты биопсийного и секционного материала должны храниться в специальных шкафах для хранения микропрепаратов. Гистологические препараты секционного материала хранятся 3 года.

Гистологические препараты биопсийного материала хранятся 5 лет. Гистологические препараты из опухолей, специфических воспалений, редких патологических процессов хранятся бессрочно.

Журналы регистрации биопсийного и секционного материала, протоколы вскрытия, картотеки архивного материала хранятся в отдельных шкафах в помещениях патологоанатомических отделений.

Материалы патологоанатомического архива служат для уточнения и проверки установленных диагнозов, а также используются для научных целей, обучения студентов и курсантов, изготовления музейных препаратов.

Хранение, использование и уничтожение материалов патологоанатомического архива является компетенцией патологоанатомической службы.

Протоколы вскрытия для ознакомления родственникам не выдаются. Копии протоколов вскрытия выдаются по требованию судебных органов, вышестоящих органов здравоохранения и для научных разработок.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 9
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

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

1. Патологоанатомическое отделение (централизованное патологоанатомическое отделение) является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения и организуется в областях (городах), где нет ПАБ.

2. Патологоанатомическое отделение (прозекторская) организуется в составе многопрофильных больниц (в том числе детских), инфекционных, психиатрических, онкологических больниц, диспансеров, исходя из числа вскрытий и исследований биопсийного и операционного материала в каждой из этих больниц (диспансеров), которые должны быть выполнены медицинским персоналом, предусмотренным для патологоанатомических отделений штатными нормативами исходя из Инструкции о нормировании труда и оценке нагрузок в патологоанатомической службе (приложение 16 к данному приказу).

3. При наличии в городе нескольких больниц и отсутствии патологоанатомического бюро по решению соответствующих органов здравоохранения может быть организовано централизованное патологоанатомическое отделение в одной из больниц, штаты которого устанавливаются в соответствии с объемом работы, обеспечивающим вскрытия умерших и исследование биопсийного материала как в той больнице, в составе которой организовано централизованное отделение, так и в прикрепленных больницах (диспансерах), а также биопсийного и операционного материала из прикрепленных поликлиник. Централизованные патологоанатомические отделения, как правило,

организуются в составе республиканских и областных больниц. Соответствующая централизация детской патологоанатомической службы проводится для проведения вскрытий трупов умерших детей, новорожденных и мертворожденных, исследований биопсийного и операционного материала.

В центральных районных больницах патологоанатомические отделения организуются с учетом обеспечения вскрытий трупов умерших и исследований биопсийного и операционного материала из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений района.

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

Организация работы централизованных отделений должна предусматривать выполнение срочных биопсийных исследований в прикрепленных больницах (диспансерах) по их заявкам.

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

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

5. Руководство больницы, в структуре которой имеется централизованное патологоанатомическое отделение, несет полную ответственность за обеспечение необходимых условий работы отделения, в т.ч. укомплектование медицинскими кадрами, материально-техническое оснащение, хозяйственное обеспечение и др.

6. Руководство прикрепленных больниц (диспансеров) в случаях производства вскрытий в больнице обязано обеспечить необходимые условия для вскрытия трупов умерших больных, а также срочных исследований биопсийного материала в условиях своих больниц (диспансеров), имея для этих целей соответствующие помещения, оборудование, аппаратуру, инструментарий и т.п.

7. Основными задачами патологоанатомического отделения больниц (централизованного патологоанатомического отделения) являются улучшение прижизненной диагностики заболеваний с помощью исследований биопсий и операционного материала и по данным вскрытий умерших больных; обеспечение достоверных данных о причинах смерти в государственной статистике о смертности населения; повышение квалификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь больным путем:

7.1. определения характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале;

7.2. выявления на секционном, операционном, биопсийном материале острозаразных заболеваний;

7.3. установления причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболеваний;

7.4. совместного обсуждения с врачами-лечебниками результатов вскрытий и гистологических исследований и постоянной консультативной помощи в вопросах патологии;

7.5. анализа качества, лечебной и диагностической работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов;

7.6. обобщения анализа материала патологоанатомического отделения с обязательным обсуждением результатов во врачебных коллективах больниц (прикрепленных больниц), а также в соответствующих органах здравоохранения.

8. В целях решения основных задач персонал патологоанатомического отделения проводит макро- и микроскопические исследования, а при необходимости обеспечивает взятие материала от

трупов умерших для вирусологического, бактериологического, химического исследований операционного, биопсийного материала, поступающего в отделение (каждый кусочек ткани, взятой для гистологического исследования, регистрируется и учитывается под отдельным номером), и секционного материала. С целью подготовки врачей-патологоанатомов широкого профиля, работающих в крупных централизованных отделениях, рекомендуется периодически (по графику) работа врачей в различных разделах патологии (общая, инфекционная, детская патология, биопсийные исследования).

Патологоанатомическое отделение пользуется в своей работе при необходимости вспомогательно-диагностическими кабинетами и отделениями (рентгеновский кабинет, клиническая, биохимическая лаборатории и др.) больницы, в состав которой оно входит, и других учреждениях здравоохранения.

9. Патологоанатомическое отделение должно иметь набор помещений, обеспечивающий необходимые условия и объем выполняемой работы.

10. Часы работы патологоанатомического отделения, порядок приема из отделений трупов умерших, а также операционного и биопсийного материала, в т.ч. из прикрепленных лечебно-профилактических учреждений, вскрытий трупов умерших и срочных биопсийных исследований в прикрепленных больницах (диспансерах), а также порядок выдачи врачебных свидетельств о смерти и трупов умерших родственникам и сообщение результатов исследований в прикрепленные лечебно-профилактические учреждения устанавливаются руководителями соответствующих больниц.

11. На патологоанатомическое отделение (централизованное патологоанатомическое отделение) республиканской, областной или одной из городских больниц возлагается задача по оказанию патологоанатомической консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям соответствующих территорий.

12. Штаты отделения устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами (приложение 16 настоящего приказа).

13. Патологоанатомическое отделение больницы может быть базой подготовки и усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала.

14. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый и увольняемый в установленном порядке. Он руководит отделением на основе единоначалия и непосредственно подчиняется руководителю учреждения и его заместителю по медицинской (лечебной) части.

15. Отделение ведет утвержденную Минздравом Беларуси медицинскую документацию и представляет сведения о своей деятельности для включения в отчет лечебно-профилактического учреждения по ф.1.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 10
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ о патологоанатомическом бюро

1. Патологоанатомическое бюро является учреждением здравоохранения и подчиняется соответствующему органу здравоохранения.

1.1. Патологоанатомические бюро организуются в области, городе на базе существующих централизованных патологоанатомических отделений, располагающих квалифицированными кадрами и необходимой

материальной базой, при наличии не менее 15 врачебных должностей.

1.2. Патологоанатомические бюро имеют в своем распоряжении здания с определенной территорией, соответствующее медицинское оборудование и аппаратуру, транспортные средства, хозяйственный инвентарь и другое имущество.

Примечание. Морги, в которых производится патологоанатомическое исследование трупов специалистами бюро на местах, остаются на бюджете соответствующих больниц; поддержание их в функционирующем состоянии обеспечивается главными врачами.

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

3. Основными функциями патологоанатомических бюро являются:

3.1. уточненная диагностика заболеваний на секционном, операционном, операционном и биопсийном материале путем проведения макро- и микроскопического исследования, а при необходимости – бактериологического и биохимического исследований;

3.2. установление причины и механизма смерти больного;

3.3. анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов с обязательным обсуждением результатов во врачебных коллективах больниц, а также в соответствующих органах здравоохранения;

3.4. подготовка и проведение клинико-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях;

3.5. срочное извещение органов здравоохранения о выявленных случаях острозаразных, в том числе особо опасных заболеваний в установленном порядке.

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

5. Патологоанатомическое бюро, являющееся (городским, областным) организационно-методическим центром патологоанатомической службы, помимо указанных функций, выполняет следующие:

5.1. оказывает организационно-методическую и консультативную помощь подразделениям патологоанатомической службы области, города;

5.2. разрабатывает предложения для соответствующего органа здравоохранения по совершенствованию патологоанатомической службы, повышению профессионального уровня врачей-патологоанатомов и лаборантов;

5.3. изучает потребность патологоанатомической службы республики (области, города) в медицинских кадрах, оборудовании, реактивах;

5.4. обобщает и распространяет передовой опыт работы;

5.5. проводит апробацию и внедрение современных методов патологоанатомического исследования;

5.6. подготавливает и проводит совещания и конференции патологоанатомов;

5.7. обеспечивает контроль за систематическим повышением квалификации врачей-патологоанатомов на кафедрах институтов усовершенствования врачей и на базе патологоанатомических лабораторий (отделов) научно-исследовательских институтов.

6. Патологоанатомическое бюро может иметь следующие структурные подразделения (в зависимости от профиля обслуживаемых лечебно-профилактических учреждений и объема работы):

- отделение общей патологии с гистологической лабораторией;
- отделение детской патологии с гистологической лабораторией;
- отделение инфекционной патологии с гистологической и вирусно-бактериологической лабораторией;
- биопсийное отделение с лабораторией электронной микроскопии;
- организационно-консультативное отделение - архив;
- административно-хозяйственная часть;
- отделение иммуноморфологической диагностики;
- в случае, если нет возможности организации перечисленных специализированных отделений, в бюро организуются отделения общего профиля. При этом в штате бюро предусматриваются должности зав.отделами для руководства соответствующими видами работ.

Состав и площади помещений отделений патологоанатомического бюро должны соответствовать действующим санитарным нормам и правилам, а также требованиям СНиП (ВСН) и других нормативных документов для указанных помещений.

7. Патологоанатомическое бюро может иметь городские, районные, межрайонные отделения, которые организуются на базе городских, центральных районных, районных больниц с учетом местных условий: отдаленности от бюро, наличия квалифицированных кадров и достаточного объема патологоанатомических исследований.

8. Руководство деятельностью патологоанатомических бюро осуществляется на основе единоначалия начальника бюро, на должность которого назначается высококвалифицированный врач-патологоанатом, имеющий опыт практической и руководящей работы и квалификационную категорию не ниже первой.

9. Патологоанатомические бюро в административно-хозяйственном отношении подчинены:

9.1. областное патологоанатомическое бюро - областному отделу здравоохранения;

9.2. республиканское патологоанатомическое бюро - Министерству здравоохранения Республики Беларусь;

9.3. городское патологоанатомическое бюро - городскому управлению здравоохранения Мингорисполкома.

10. Патологоанатомические бюро пользуются правами юридического лица, имеют печати - гербовую, простые круглые мастичные и металлические, и штампы с обозначением своего полного наименования.

11. Патологоанатомические бюро, отделения относятся к учреждениям, подразделениям с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда.

12. Патологоанатомические бюро обязаны иметь правила внутреннего распорядка для сотрудников.

13. Патологоанатомические бюро ведут документацию и представляют отчеты по форме и в сроки, утвержденные Министерством здравоохранения Республики Беларусь*.

*Биопсийный, операционный, гистологический материал, взятый из различных органов и тканей у больных, а также аутопсийный материал находятся и хранятся в архиве патологоанатомического бюро (патологоанатомического отделения) и являются собственностью данных патологоанатомических учреждений. Указанный материал может выдаваться для консультаций или иных целей только с разрешения начальника патологоанатомического бюро (заведующего патологоанатомическим отделением). Сроки хранения сырого архива, блоков и готовых гистологических препаратов определены в приложении 8 о патологоанатомическом архиве.

14. Патологоанатомические бюро в соответствии с действующим Положением являются учебными базами медицинских институтов (факультетов), институтов (факультетов) усовершенствования врачей, средних медицинских учебных заведений, курсов специализации и усовершенствования. При этом они могут получать статус клинических учреждений.

15. Организационно-методическое руководство деятельностью бюро

и оказание им консультативной помощи осуществляет главный патологоанатом Минздрава Республики Беларусь через Республиканский центр патологоанатомической службы.

ПОЛОЖЕНИЕ
о начальнике патологоанатомического бюро

1. Начальник патологоанатомического бюро осуществляет руководство деятельностью патологоанатомического бюро на основе единоначалия.

2. Начальник патологоанатомического бюро назначается из числа высококвалифицированных врачей-патологоанатомов (высшей или первой категории, доктор или кандидат мед.наук), имеющих опыт практической или руководящей работы; назначение и увольнение его осуществляется органом здравоохранения по подчиненности.

3. Начальник патологоанатомического бюро руководствуется Положением о патологоанатомическом бюро, а также приказами, инструкциями, распоряжениями и указаниями вышестоящих органов здравоохранения и действующим законодательством.

4. Начальник патологоанатомического бюро в административном порядке подчиняется руководителю соответствующего органа здравоохранения (области, города), а в научном и организационно-методическом - главному внештатному патологоанатому (республики, области, города) и руководителю Республиканского центра патологоанатомической службы.

5. Для улучшения работы патологоанатомической службы в вузовских городах начальник патологоанатомического бюро не может быть одновременно и главным внештатным патологоанатомом соответствующего региона (республики, области, города).

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

6.1. Обосновывает необходимость строительства новых зданий для патологоанатомической службы и место их расположения, капитальный ремонт и реконструкцию функционирующих зданий патологоанатомического бюро и его отделений.

6.2. Организует аттестацию рабочих мест структурных подразделений бюро.

6.3. Имеет право обоснованной отмены распоряжения главного врача больницы о выдаче умершего в стационаре без вскрытия.

6.4. Планирует и обеспечивает приобретение для бюро недостающего и замену изношенного медицинского оборудования, аппаратуры и автотранспорта.

7. Начальник патологоанатомического бюро осуществляет:

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

- своевременную информацию руководителя соответствующего органа здравоохранения о выявленных дефектах в диагностике болезней и лечении больных;

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

- своевременно составляет соответствующий отчет о деятельности бюро по установленной форме;

- планирует и обеспечивает систематическое повышение квалификации врачей бюро;

- обеспечивает условия для подготовки врачей-патологоанатомов через стажировку и специализацию;

- несет ответственность за целесообразное расходование финансовых средств, материалов и других материальных ценностей;

- несет ответственность за соблюдение трудовой дисциплины.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 11
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ
о вирусно-бактериологической лаборатории
патологоанатомического бюро

1. Вирусно-бактериологические лаборатории создаются в патологоанатомическом бюро.
2. Штат медицинского персонала лаборатории устанавливается в соответствии со штатными нормативами (приложение 17).
3. Объем необходимых исследований определяет врач-патологоанатом при консультации с врачами вирусно-бактериологической лаборатории.
4. При обнаружении ООИ врач-бактериолог должен присутствовать на вскрытии и действовать согласно инструкции по проведению вскрытий при ООИ.
5. В лаборатории должно проводиться экстренное бактериоскопическое исследование секционного материала.
6. Бактериоскопическое исследование не должно превышать 5-7 дней, вирусологическое: люминесцентная микроскопия - до 7 дней, исследования на энтеровирусные заболевания - до 45 дней.
7. Доставка материала организуется и проводится персоналом и автотранспортом патологоанатомического бюро. Оформляется направление, где указывается фамилия, имя, отчество умершего, возраст, диагноз заболевания, результаты прижизненных лабораторных исследований.
8. После взятия секционный материал должен быть доставлен в лабораторию в течение часа.
9. Персонал лаборатории должен быть проинструктирован об особой ответственности за правильный прием, регистрацию секционного материала.
10. В регистрационный журнал входят следующие графы: порядковый номер, дата поступления материала, фамилия, имя, отчество, возраст, клинический диагноз заболевания, сведения о лабораторных исследованиях.
11. О результатах исследования сообщается врачу-патанатому, проводившему вскрытие.
12. Материал на вирусологическое исследование доставляется в виде готовых мазков отпечатков с направлением и четко указанным номером протокола.
13. Бактериологическо-вирусологические исследования проводят в случае летальных исходов при:
 - инфекционных заболеваниях и подозрениях на них (включая пневмонии, ООИ и СПИД);
 - в случае неясного диагноза заболевания с летальным исходом;
 - гнойно-воспалительных заболеваний (послеоперационные осложнения, при осложнениях интенсивной терапии - катетеризация, ИВЛ; переливание крови и т.д.).
14. Материалом для микробиологических исследований служат: кусочки органов из ткани, кровь, гной, плевральная жидкость, экссудат и т.д.
15. Основным условием для получения достоверных результатов и правильной их интерпретации служит раннее, не позднее 12 часов после смерти, взятие материала, даже при хранении трупа при пониженной температуре.

16. Материал забирается с соблюдением правил асептики.

17. Пробы крови получают из левого желудочка сердца при помощи стерильной пипетки. После вскрытия кусочки органов и тканей размером 0,5x1,0 помещают для транспортировки в стерильную посуду. Гной, экссудат, спинномозговую жидкость и т.д. отсасывают пипеткой в количестве 1-2 куб. в стерильную посуду.

18. В зависимости от результатов бактериоскопии, клинического диагноза и данных при жизни микробиологических обследований вносят коррективы в ход исследования.

19. Секционный материал при вирусных исследованиях (экспресс-диагностика на люминесцентном микроскопе) проводится на:
 грипп А и В,
 аденовирусную инфекцию,
 парагрипп,
 респираторные инфекции,
 герпес,
 микоплазменную инфекцию.

Трупный материал, исследуемый при основных видах
 гнойной патологии

Виды патологии	Материал						
	кровь	кусочки легкого	ткани мозго- вых оболо- чек	содержимое гнойных про- чих орга- нов	полостей	спинно- мозговая жидкость	экссудат
Сепсис	+	+		(+)		+	+
Пневмония		+					+
Перитонит	(+)				+		+
Раневая инфекция	(+)			+	+		+
Менингит		+	+			+	
Инфекция мочеполового тракта				+	+		+

Должностные обязанности персонала
 вирусно-бактериологической лаборатории
 патологоанатомического бюро

Должностные обязанности заведующего
 вирусно-бактериологической лабораторией

1. Организует и обеспечивает работу лаборатории, составляет план работы.

2. Организует и контролирует своевременную доставку секционного материала в лабораторию для дальнейшего исследования на бактериологические и вирусологические исследования, а также на энтеровирусы, полиомиелит и др., в лаборатории горСЭС.

3. Проводит ежегодный анализ и расчет нагрузки лаборатории.

4. Участвует вместе с врачами патологоанатомической службы в научных конференциях, а также в заседаниях патологоанатомического бюро.

5. Организует повышение квалификации сотрудников лаборатории:

- проводит периодические тематические занятия;
- руководит освоением врачами и лаборантами новых лабораторных методик, а также освоением новой аппаратуры;
- обеспечивает готовность работы лаборатории для забора и проведения исследований умерших от ООИ и СПИД.

6. Отвечает за своевременное представление заявок на необходимые бакпрепараты, реактивы, инструментарий, оборудование, контролирует их расход и использование.

7. Несет ответственность за соблюдение сотрудниками лаборатории правил техники безопасности, противопожарной безопасности, санитарно-гигиенического режима.

8. Принимает участие в практической работе лаборатории (проводит бактериологические и вирусологические исследования).

Должностные обязанности санитарки

1. Ежедневно два раза, перед работой и после работы, проводит влажную уборку помещения лаборатории.

2. Обеспечивает работу лаборатории необходимой чистой посудой, инструментарием, пробками и т.д.

3. Следит за чистотой рабочих халатов и обеспечивает их регулярную смену.

4. По распоряжению зав.лабораторией производит различные вспомогательные работы: выполняет роль курьера, следит за своевременной заявкой ремонтных работ и др.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.М.Михалевич

Приложение 12
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ о прозекторском Совете

Прозекторский Совет создается при Республиканском организационно-методическом центре патологоанатомической службы Минздрава Республики Беларусь для решения затруднительных спорных вопросов патологоанатомической диагностики.

В состав прозекторского Совета по предложению главного внештатного патологоанатома Министерства здравоохранения приказом Министра вводятся наиболее квалифицированные патологоанатомы республики. Работой прозекторского Совета руководит председатель (руководитель Республиканского организационно-методического центра патологоанатомической службы) и два его заместителя, также назначаемые приказом Министра. Делопроизводством Совета занимается секретарь Совета. Заседания прозекторского Совета проводятся по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц. Прозекторский Совет может заседать как объединенно, так и по секциям (секция детской патологии, секция исследования биопсий, секция исследования трупов).

Материал для разбора на прозекторском Совете направляется главным внештатным патологоанатомом города или области не позднее 10 дней до заседания:

- биопсийный материал присылается в виде готовых гистологических препаратов. Препараты должны быть окрашены гематоксилином и эозином, а также по всем необходимым в каждом отдельном случае методикам. На присланный материал должна быть заполнена биопсийная карта с возможно полным изложением данных об анамнезе больного, проведенном лечении и особенностях случая.

Для костных биопсий обязательно описание рентгенограмм (или

сами рентгенограммы);

- секционный материал присылается в виде готовых гистологических препаратов, окрашенных по необходимым методикам, а также протокол вскрытия с клиническим эпикризом (выписка из истории болезни).

В направлении главного патологоанатома города или области должно быть указано, по какой причине материал направлен в прозекторский Совет (сложность диагностики, расхождение мнений ведущих специалистов и др.).

В процессе заседания председательствующий или секретарь прозекторского Совета знакомит членов Совета с материалами разбираемого случая, члены Совета изучают гистологические препараты, делятся мнениями, после чего председательствующий на заседании предлагает формулировку заключения. По заключению проводится открытое голосование. Принятая формулировка заключения вносится в протокол заседания. При наличии особого мнения у членов Совета это мнение также вносится в протокол. Протокол подписывается секретарем и председательствующим. Заключение в той же формулировке отсылается в адрес направившей организации вместе с материалами данного случая.

Решение прозекторского Совета при Минздраве Республики Беларусь является окончательным и может быть пересмотрено (при наличии новых данных по случаю) только самим Советом.

В заседании прозекторского Совета могут принимать участие приглашенные высококвалифицированные специалисты, не являющиеся членами Совета.

Заседания прозекторского Совета не могут использоваться для обучения и повышения квалификации.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 13
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о Республиканском организационно-методическом центре
патологоанатомической службы

1. Республиканский организационно-методический центр* патологоанатомической службы функционирует на базе кафедры патологической анатомии Минского медицинского института и подчиняется Начальнику Главного управления организации и контроля медицинской помощи Минздрава Республики Беларусь.

*В дальнейшем именуемый "Центр".

2. Центр возглавляет руководитель Центра из числа высококвалифицированных патологоанатомов (кандидат, доктор наук), который в своей работе непосредственно подчиняется начальнику Главного управления организации и контроля медицинской помощи Минздрава Республики Беларусь.

3. Центр работает под методическим руководством Главного внештатного патологоанатома Минздрава Республики Беларусь.

4. Основными задачами Центра является организационно-методическое и научное руководство патологоанатомической службой лечебно-профилактических учреждений республики, осуществление мер по дальнейшему развитию и совершенствованию службы и повышению квалификации патологоанатомов.

5. В соответствии с основными задачами Центр осуществляет следующие функции:

1) разрабатывает основные рекомендации о направлениях и формах работы патологоанатомических учреждений, а также подготавливает инструктивно-методические материалы по различным разделам патологоанатомической работы;

2) изучает потребность здравоохранения и принимает участие в подготовке патологоанатомических кадров;

3) изучает потребность патологоанатомической службы в оборудовании, аппаратуре и химических реактивах;

4) принимает участие в разработке методов статистической обработки секционного и биопсийного материала, в работе по унификации патологоанатомической терминологии;

5) изучает и обобщает опыт работы патологоанатомических отделений (бюро) и разрабатывает предложения по распространению передового опыта в системе патологоанатомической службы республики, внедрению рационализаторских предложений и новых методов исследования в патологоанатомическую практику;

6) организует консультативную помощь организациям и учреждениям здравоохранения по различным вопросам организации практической деятельности патологоанатомических бюро (отделений);

7) оказывает консультативную помощь и руководит отдельными исследованиями патологоанатомов лечебно-профилактических и научных учреждений по важнейшим проблемам патологии человека.

6. Сотрудники Центра имеют право:

1) запрашивать и получать у всех подразделений патологоанатомической службы республики сведения об производственной деятельности;

2) запрашивать и получать в отделениях медстатистики информацию о состоянии смертности в республике.

7. Республиканский организационно-методический центр ведет утвержденную Минздравом Республики Беларусь отчетную документацию, ежегодно подводит итоги работы и отчитывается перед Министерством здравоохранения республики.

В своей работе Республиканский организационно-методический центр патологоанатомической службы руководствуется приказом Минздрава Республики Беларусь от 12 марта 1991 г. № 32 "О Главных внештатных специалистах Минздрава Республики Беларусь и республиканских специализированных и диагностических центрах", решениями коллегии Минздрава, приказами Минздрава, инструкциями и методическими письмами главных специалистов Минздрава республики.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 14
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

ПОЛОЖЕНИЕ

о должностных обязанностях медицинского персонала
патологоанатомического бюро (централизованного
патологоанатомического отделения, патологоанатомического
отделения лечебно-профилактического учреждения)

I. Положение о должностных обязанностях заведующего
патологоанатомическим отделением (отделом)
городских, областных патологоанатомических бюро (отделений)

1. Осуществляет руководство деятельностью персонала прозектуры, руководит и контролирует работу закрепленного или имеющегося в наличии своего автотранспорта.

2. Организует и обеспечивает работу отделения, составляет планы и графики работы с распределением обязанностей между сотрудниками,

назначает ответственных лиц за проведение производственных мероприятий.

3. Распределяет ежедневно вскрытия между врачами. После производства вскрытий принимает и проводит контроль своевременности сдачи протоколов вскрытий, правильность формулировки окончательного патологоанатомического диагноза и эпикриза. Присутствует в секционном зале для консультаций по вызову врача-патологоанатома или по просьбе (на вскрытии) клиницистов.

4. Обеспечивает бактериологическое, вирусологическое и люминесцентное исследования во всех случаях, подозрительных на инфекционные болезни.

5. В случаях обнаружения инфекционных заболеваний, могущих повлечь за собой вспышку внутрибольничной инфекции, сообщает об этом главному врачу соответствующей больницы.

6. Производит патологоанатомические вскрытия в неясных, сложных и ответственных случаях, проводит гистологическое исследование аутопсийного и биопсийного материала согласно нормативной нагрузке.

7. Осуществляет контроль за правильностью оформления врачебных свидетельств о смерти, своевременностью замены свидетельств о смерти при выдаче предварительного свидетельства или в случае изменения патологоанатомического диагноза. При необходимости по приказу вышестоящих органов здравоохранения проводит контроль за правильностью оформления врачебных свидетельств о смерти в статистических службах городов, областей, районов.

8. Проводит контроль за соблюдением своевременности доставки, правил приема, вырезки, маркировки биопсийного материала, проведения экспресс-биопсий и возвращения ответов в отделения стационаров, поликлиники и другие лечебно-профилактические учреждения республики (городов, областей, районов).

9. Проводит выборку случаев, подлежащих разбору на клинико-анатомических конференциях, участвует в организации и проведении конференций (консультация докладчиков, предварительный просмотр протоколов вскрытий, гистологических препаратов, диапозитивов).

10. Осуществляет оказание всей необходимой консультативной помощи врачам отделений по секционному и биопсийному разделам работы в городах, областях, районах.

11. Несет ответственность за соблюдение сотрудниками отделения правил техники безопасности, противопожарной безопасности; хранение, учет ядовитых, легковоспламеняющихся и дорогостоящих материалов, спирта, медицинской документации, оборудования, аппаратуры; санитарно-гигиеническое состояние отделения, производственных помещений.

12. Отвечает за своевременное представление заявок на необходимые материалы, реактивы, оборудование, аппаратуру, инструментарий. Несет контроль за их расходом и использованием. Следит за сохранностью оборудования, аппаратуры и материальных ценностей в отделении.

13. Подписывает графики работы сотрудников, таблицы, экраны качества работы, составляет правила внутреннего распорядка и обязанности сотрудников отделения.

14. Проводит ежеквартальный анализ деятельности отделения с составлением ежеквартальных и годовых отчетов.

15. Осуществляет и организует повышение квалификации врачей и лаборантов. С этой целью:

- организует и проводит периодически тематические занятия, в том числе по исследованию биопсийного и секционного материала, по правильной оформлению патологоанатомических диагнозов;

- руководит освоением врачами и лаборантами новых гистологических и гистохимических методик и других методов исследования, а также освоением новой аппаратуры, оборудования, компьютерной техники.

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

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

18. В регионах, где имеются патологоанатомические бюро (городские, областные) заведующие отделениями представляют всю необходимую статистическую, текущую и другую документацию заведующему организационно-методическим отделением.

19. Заведующий отделением в своей работе руководствуется инструкциями, приказами, методическими указаниями и т.д., изданными вышестоящими органами здравоохранения Республики Беларусь.

20. Пользуется всеми правами заведующего специализированным отделением и непосредственно подчиняется начальнику городского, областного патологоанатомического бюро, при отсутствии таковых – руководителю лечебно-профилактического учреждения.

II. Положение о должностных обязанностях врача патологоанатомического отделения (отдела) городских, областных патологоанатомических бюро (отделений)

Проводит вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала (для отделений педиатрического профиля – вскрытие трупов детей, новорожденных, мертворожденных, выкидышей и последов). При показаниях осуществляет забор материала для дополнительных и специальных исследований: бактериологического, вирусологического, цитогенетического, гистохимического и т.д.;

- при необходимости производит срочное микроскопическое исследование секционного материала и другие дополнительные исследования;

- по ходу вскрытия или после него дает необходимые пояснения присутствующим врачам и предварительно формулирует патологоанатомический диагноз, эпикриз и заключение о причине смерти;

- при подозрении на насильственную смерть или отравление прекращает вскрытие, ставит в известность заведующего отделением, начальника бюро, при отсутствии таковых – руководителя лечебно-профилактического учреждения;

- при вскрытии трупа с подозрением на ООИ, СПИД и др. обеспечивает все необходимые защитные мероприятия для себя и персонала, находящегося в секционном зале. Немедленно ставит в известность заведующего отделением, начальника бюро, руководителя лечебно-профилактического учреждения;

- сразу после вскрытия заполняет врачебное свидетельство о смерти – "окончательное", в неясных случаях – "предварительное" с записью номера свидетельства о смерти и диагноза в протоколе вскрытия. В случае изменения окончательного патологоанатомического диагноза выписывает другое врачебное свидетельство о смерти и производит дополнительную запись в протоколе вскрытия;

- в случае обнаружения во время вскрытий инфекционного заболевания, острого отравления, ООИ, СПИДа заполняет экстренное извещение и с санкции заведующего отделением отправляет его в соответствующие санитарно-эпидемиологические учреждения. При необходимости отправки в санитарно-эпидемиологические учреждения трупного материала (ткани, крови, кусочков органов) выписывает по установленному образцу направление, производит тщательную маркировку и упаковку материала, (полученные данные необходимо прилагать к протоколу патологоанатомического вскрытия);

- в день вскрытия оформляет текстовую часть протокола, тщательно заполняя все необходимые графы. При наличии в бюро (отделениях) диктофонного центра производят запись текста протокола на магнитную ленту, кассету и др.;

- производит совместно с лаборантом вырезку секционного материала, дает указание лаборанту о способах его обработки, методиках окраски, количестве гистологических препаратов;

- контролирует качество и сроки выполнения заданной работы,

оказывает ему методическую помощь;

- производит микроскопическое исследование гистологических препаратов, анализирует результаты дополнительных исследований и вносит соответствующие записи в протокол вскрытия;

- обеспечивает оформление протокола вскрытия. Составляет развернутый патологоанатомический диагноз, эпикриз. Проводит сличение клинического и патологоанатомического диагнозов, в случае их расхождения указывает причину и категорию расхождения; для перинатальных вскрытий обосновывает связь болезни плода (новорожденного) с патологией родов, беременности, матери;

- в неясных случаях консультирует материал с другими врачами, заведующим отделением, начальником бюро, на прозекторском совете, с сотрудниками кафедр патологической анатомии мединституты республики, морфологических отделов НИИ;

- проводит совместно с лаборантом макроскопическое описание присланных из лечебно-профилактических учреждений органов и тканей, вырезает для гистологического, гистохимического исследования кусочки, производит маркировку, дает указание лаборанту о способах фиксации, обработки, методиках окраски и необходимом количестве микропрепаратов;

- производит микроскопическое исследование гистологических, биопсийных препаратов, описывает гистологическую картину процесса и вносит заключение в "направление на патологистологическое исследование", биопсийную карту. Проводит при необходимости исследование экспресс-биопсий: описание макропрепарата, вырезку материала, дает гистологические заключения, сообщает о результатах по телефону в отделения, направившие материал;

- готовит материал для клинико-анатомических конференций. При подготовке клинико-анатомических конференций знакомится с литературой по обсуждаемому случаю, подготавливает демонстрационные материалы (диапозитивы, макро- и микропрепараты), представляет все подготовленные материалы заведующему отделением, консультируется с ним, а в необходимых случаях производит предварительное обсуждение материала на конференции врачей отделения. Делает сообщение на клинико-анатомической конференции и участвует в обсуждении;

- участвует в производственных, учебных и организационно-методических мероприятиях, проводимых в патологоанатомическом отделении;

- выполняет все производственные поручения заведующего отделением;

- докладывает заведующему отделением о всех недостатках в производственной работе, нарушениях трудовой дисциплины;

- участвует в работе патологоанатомических совещаний, научных обществ патологоанатомов;

- следит за сохранностью в отделении аппаратуры, оборудования, мебели в его кабинете;

- непосредственно подчиняется заведующему отделением, начальнику городского, областного патологоанатомического бюро, при отсутствии таковых - руководителю лечебно-профилактических учреждений. Выполняет все их распоряжения, приказы, инструкции и т.д.

III. Положение о должностных обязанностях главной медсестры патологоанатомического отделения (отдела) городских, областных патологоанатомических бюро

Главная медсестра патологоанатомического бюро является руководителем и организатором работы среднего и младшего медперсонала бюро.

На должность главной медсестры назначается лицо, имеющее образование медицинской сестры (фельдшера) или медицинского лаборанта (фельдшера-лаборанта) и обладающее опытом организационной работы.

В обязанности главной медсестры патологоанатомического бюро

входит:

- контроль за деятельностью среднего и младшего медперсонала в отделениях бюро;
- повышение профессиональной квалификации среднего и младшего медперсонала бюро. Проведение семинаров, учебы, лекций с указанным персоналом;
- контроль за обеспечением отделений спецодеждой, инструментарием, аппаратурой и реактивами;
- снабжение бюро специальной аппаратурой, инструментарием, реактивами;
- контроль за своевременностью составления и рациональностью графиков работы и табелей рабочего времени во всех подразделениях бюро;
- составление сводных графиков работы и табелей по патологоанатомическому бюро;
- контроль за ведением медицинской документации в отделениях бюро;
- контроль за расходом и регистрацией расхода этилового спирта в отделениях бюро;
- ежедневно производит опечатывание, а при наличии - постановку и снятие с сигнализации помещений с дорогостоящим оборудованием, реактивами, спиртом, аппаратурой;
- контроль за соблюдением санэпидрежима во всех отделениях бюро;
- контроль за материальной готовностью всех подразделений бюро к работе в условиях ООИ;
- участвует в решении вопросов направления лаборантов на курсы усовершенствования и на аттестацию;
- утверждает графики профтехучебы среднего и младшего медперсонала во всех отделениях бюро;
- руководит внедрением новых методов работы, новых методик, новой аппаратуры в отделениях бюро;
- при отсутствии в штатах бюро кассира осуществляет выплату зарплаты сотрудникам бюро;
- направляет деятельность Совета лаборантов и работает с ним в тесном контакте;
- главная медсестра бюро подчиняется непосредственно начальнику бюро.

IV. Положение о должностных обязанностях лаборанта (фельдшера-лаборанта) патологоанатомического отделения (отдела) городских, областных патологоанатомических бюро (отделений)

1. Лаборант обязан в секционном разделе работы:
 - при необходимости помогать врачу оформлять документацию, связанную со вскрытием трупа, непосредственно в секционном зале;
 - во время вскрытия производить обработку и окрашивание трупного материала для проведения срочного микроскопического исследования;
 - по ходу вскрытия или непосредственно после него фиксировать и окрашивать мазки и отпечатки для бактериоскопии;
 - помогать врачу в процессе взятия материала для бактериологического, вирусологического, биохимического, цитогенетического и других исследований, оформлять направление и отправку материала в соответствующие лаборатории;
 - следить за фиксацией взятого для микроскопии секционного материала, маркировать и сортировать вырезанные кусочки, регистрировать в рабочей тетради количество кусочков с указанием органов и тканей, количество срезов, методы окраски;
 - производить заливку вырезанных кусочков в парафин, целлоидин, желатину и другие среды;
 - готовить и маркировать блоки, наклеивая их на колодку;
 - осуществлять точку и правку микротомных ножей;

- осуществлять вырезку материала на микротоме всех типов;
- помещать оставшиеся после резки целлоидиновые и парафиновые блоки в соответствующие консерванты, следить за их сохранностью в архиве в течение необходимого срока, указанного врачом;
- производить окраску срезов и приготавливать микропрепараты;
- под непосредственным руководством врача-патологоанатома приготавливать музейные макропрепараты (готовить фиксирующие смеси, осуществлять фиксацию, восстановление окраски, монтаж препарата и заключение его в среду).

2. При обработке биопсийного материала:

- принимает доставленный на исследование биопсийный материал из лечебно-профилактических учреждений, проверяет соответствие материала записям в направлениях, качество фиксации, расписывается в получении материала в регистрационном журнале;

- под диктовку врача записывает на биопсийной карточке (направлении) макроскопическое описание материала, поступившего для исследования, при необходимости маркирует вырезанные кусочки;

- регистрирует количество кусочков и методы последующей гистологической обработки;

- готовит фиксаторы, растворы и красители;

- осуществляет точку и правку микротомных ножей;

- производит гистологическую обработку (проводку, заливку в парафин, целлоидин, окраску) и готовит гистологические препараты;

- вписывает в журнал результаты макроскопического и гистологического исследования, патологоанатомический диагноз, фамилию врача, производившего исследование, и дату исследования (или подшивает копию бланка);

- выдает результаты исследования в соответствующие клинические отделения и лечебные учреждения (при наличии официального запроса с печатью и подписью врача лечебно-профилактического учреждения);

- принимает, производит гистологическую обработку, приготавливает микропрепараты и регистрирует в отдельном журнале все срочные биопсии;

- готовит микропрепараты для коллекции;

- при необходимости производит гистохимическую обработку материала, окраску с приготовлением микропрепаратов;

- после окончания исследования все биопсийные материалы (фиксированные ткани и органы, блоки, микропрепараты) помещает в архив и несет ответственность за порядок их хранения;

- помогает старшей медсестре, заведующему отделением в составлении квартальных и годовых отчетов, в ведении всей текущей документации;

- должен обладать необходимыми навыками для работы на компьютерной технике;

- оформляет выдачу микропрепаратов из архива отделения по запросам в другие лечебные учреждения и контролирует их своевременное возвращение;

- осуществляет уход за приборами и аппаратурой, следит за соблюдением санитарно-гигиенического режима в помещениях бюро, поддерживает чистоту и порядок на своих рабочих местах;

- ежедневно отчитывается о проделанной работе (количество блоков, срезов, дополнительной методике окраски и пр.) перед заведующим отделением и старшим лаборантом;

- следит за сохранностью государственной собственности в отделении;

- согласно установленному плану повышает свою квалификацию, проходя курсы усовершенствования, специализации и т.д.;

- лаборант (фельдшер-лаборант) патологоанатомического отделения непосредственно подчиняется старшей медсестре, заведующему отделением, начальнику городского, областного патологоанатомического бюро.

V. Положение о должностных обязанностях санитаря городских, областных патологоанатомических бюро

(централизованного патологоанатомического отделения),
отделения

Санитар принимает доставленные в патологоанатомическое бюро (отделение) маркированные трупы умерших из клинических учреждений;

- осуществляет необходимую транспортировку трупов внутри патологоанатомического отделения, а при наличии специального автотранспорта участвует в доставке трупов из прикрепленных больниц;

- обеспечивает сохранность трупа в течение его пребывания в патологоанатомическом отделении;

- производит измерение роста и веса умерших, готовит помещение, одежду, инструментарий, посуду и пр. для производства вскрытия и взятия материалов для микроскопического исследования; доставляет материал, взятый во время вскрытия, в специальные лаборатории по указанию врача-патологоанатома;

- во время вскрытия постоянно находится в секционной, производит извлечение органоконструкта, распил костей черепа, при необходимости - позвоночника и других костей под наблюдением врача; взвешивает органы;

- по окончании вскрытия производит туалет трупа и доставляет его в трупохранилище, при наличии - в морозильную камеру;

- перед выдачей трупа родственникам проверяет маркировку;

- производит регистрацию приема и выдачи трупа в специальной книге по установленной форме с обязательным указанием наличия зубных протезов и изделий из драгоценных металлов с обязательным заполнением графы "Претензии родственниками умершего";

- ежедневно после окончания вскрытий производит влажную уборку секционного зала, предсекционной, траурного зала, трупохранилища, фиксационных. После вскрытия трупа умершего от инфекционного заболевания производит дезинфекцию помещения секционного зала, мелкого инвентаря и оборудования;

- систематически следит за исправностью инструментария и оборудования секционной, осуществляет точку инструментов;

- по распоряжению заведующего отделения или старшей медсестры производит различные вспомогательные работы: мытье сильно загрязненной посуды, смыв микропрепаратов, перенос и установку баллонов с углекислотой и других тяжестей и пр.;

- выполняет роль курьера, заготавливает колодки для блоков и пр.;

- несет ответственность за сохранность инструментария и оборудования в секционном зале и подсобных помещениях;

- дежурит в патологоанатомическом отделении по установленному графику, во время дежурства выдает оформленные в установленном порядке свидетельства о смерти родственникам или лицам, осуществляющим похороны;

- санитар патологоанатомического отделения непосредственно подчиняется старшей медсестре, заведующему отделением, начальнику городского, областного патологоанатомического бюро.

VI. Положение о должностных обязанностях медрегистратора городских, областных патологоанатомических бюро (централизованных патологоанатомических отделений)

Медрегистратор патологоанатомического отделения (городских, областных патологоанатомических бюро, централизованных патологоанатомических отделений):

- должен владеть машинописью, основными навыками работы на компьютерной технике, счетной аппаратуре, быть грамотным и аккуратным;

- не позднее трех дней после патологоанатомического вскрытия проводит оформление текстов протоколов, записанных врачами-патологоанатомами на магнитофонной ленте или кассете (диктофоне);

- впечатывает в протоколы вскрытий и истории болезни

окончательные, заключительные патологоанатомические диагнозы и эпикризы, при необходимости – данные гистологического и дополнительных методов исследования;

- под руководством заведующего отделением, врачей-патологоанатомов производит машинописное оформление извещений о первично выявленных инфекционных заболеваниях (туберкулез и т.д.), снимает копии протоколов вскрытий и других документов по письменным запросам различных учреждений (прокуратура, бюро СМЭ, органы райсобеса и пр.);

- под руководством заведующего отделением принимает участие в статистической обработке и тиражировании квартальных, годовых и других видов отчетности, составлении таблиц, графиков;

- производит ввод текущей информации о секционной и биопсийной работе в компьютеры (при наличии последних);

- проводит регистрацию и подшивку оформленных протоколов вскрытий в архивные папки;

- занимается регистрацией оформленных протоколов вскрытий и медицинских карт стационарного больного, подготовкой врачебных свидетельств о смерти;

- производит машинописные работы по оформлению различной текущей документации;

- содержит в чистоте и порядке свое рабочее место. Не допускает посторонних для работы на пишущих машинках, счетной аппаратуре, компьютерах;

- следит за сохранностью пишущих машинок, счетной техники, компьютеров в отделении;

- непосредственно подчиняется старшей медсестре, заведующему отделением.

VII. Положение о должностных обязанностях медицинского статистика городских, областных патологоанатомических бюро, централизованных патологоанатомических отделений

Медицинский статистик совместно с заведующим отделением выполняет всю работу по составлению различных видов статистической отчетности по установленным формам и образцам, производит обработку поступающей статистической информации;

- осуществляет обобщение сведений, анализ статистических данных и контроль за достоверностью отчетной документации;

- составляет необходимые справки на основе данных статистического учета;

- проводит ежедневный контроль за правильностью выписки врачебных свидетельств о смерти, отвечает за хранение бланков врачебных свидетельств о смерти;

- непосредственно подчиняется заведующему отделением, начальнику бюро.

Должен знать:

- основы статистики и документы первичного учета;

- инструкции и формы документации по статистическому учету и отчетности;

- правила эксплуатации счетно-клавишных, суммирующих, вычислительных машин, компьютерной техники.

Квалификационные требования:

- среднее специальное образование или среднеобщее образование и стаж работы по учету.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 15
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь

ИНСТРУКЦИЯ
о нормировании труда и внутренней оценке нагрузок
в патологоанатомической службе

В основе нормирования труда сотрудников патологоанатомической службы лежат затраты рабочего времени на исследование биопсийного материала, исследование трупов, подготовка и участие в клинко-патологоанатомических конференциях. В этих основных разделах работы патологоанатомической службы участвуют все сотрудники в пределах своих служебных обязанностей. Другие виды работ так или иначе связаны с этими основными.

Взросший уровень медицинской науки и практики требует сегодня от патологоанатомов более углубленного исследования материала, применения новых прогрессивных методов, работы с новой аппаратурой и соответственно большей затраты труда и рабочего времени на единицу исследования. Централизация службы обуславливает необходимость производить вскрытия, проводить конференции, экстренные биопсийные исследования в прикрепленных отдаленных лечебных учреждениях, что также связано со значительно большей затратой рабочего времени и труда, а особенно в условиях областных бюро и централизованных межрайонных патологоанатомических отделений.

1. При нормировании труда врачей-патологоанатомов, лаборантов, санитаров и других сотрудников патологоанатомических бюро и отделений следует учитывать конкретные местные условия и распределение обязанностей внутри учреждений.

При этом для формирования штатного расписания учреждений патологоанатомической службы следует исходить из следующих нагрузочных нормативов:

- на одну должность врача-патологоанатома в год должно быть исследовано 4 тысячи гистологических препаратов биопсийного материала или произведено 200 исследований трупов (с гистологическим исследованием трупного материала самим врачом-патологоанатомом) в базовом учреждении или 150 исследований трупов (с гистологическим исследованием трупного материала) с выездом в закрепленные отдаленные лечебные учреждения. При исследовании детских трупов нормативы соответственно 160 и 130 исследований;

- патологоанатомическое исследование трупа, потребовавшее проведения клинко-патологоанатомической конференции, приравнивается к вскрытию трупа с выездом в отдаленную больницу;

- при экстренных исследованиях биопсийного материала с выездом в закрепленные больницы один гистологический препарат засчитывается за три гистологических препарата, исследованных в базовых условиях;

- на одну должность лаборанта патологоанатомического отделения в год должно быть произведено 2 тыс. гистологических препаратов с регистрацией их, ведением необходимой документации и работой с архивным материалом или обработано 200 секционных исследований взрослых (160 детских). Обработка секционного исследования для лаборанта включает забор лабораторного материала из трупа, оформление под диктовку врача медицинских документов, изготовление гистологических препаратов секционного материала, работу с архивом секционного материала, а в некоторых случаях - с изготовлением музейных препаратов;

- одну должность санитаря патологоанатомического отделения следует устанавливать из расчета 150 вскрытий трупов или 4 тыс. исследований гистологического биопсийного материала. При этом нужно обязательно учитывать площадь уборки помещения, количество выездов на вскрытия в отдаленные учреждения и другие (например, погрузочные) работы;

- в крупных патологоанатомических учреждениях целесообразно выделять некоторые виды работ с соответственным изменением штатного расписания, например, вместо должности лаборанта вводить должность медрегистратора с выделением оформления протоколов, журналов и

другой документации отделения. Возможно выделение фоторабот, гистохимических работ, работа с компьютерами, работа с архивом, выделение уборщицы. Определяющим условием при этом должна быть достаточность нагрузки;

- установление должности санитаря в малых патологоанатомических отделениях (при невозможности их укрупнения) возможно без достаточной нагрузки, исходя из необходимости производства вскрытия, выдачи трупов и т.д. Такие установления возможны только в пределах фонда зарплаты патологоанатомических бюро или лечебных учреждений, в которые входит данное патологоанатомическое отделение;

- особенности распределения работ и нагрузок внутри патологоанатомических бюро (патологоанатомических отделений больниц) подлежат обязательному внесению в инструкции о должностных обязанностях сотрудников данного учреждения;

- нормирование нагрузки других сотрудников патологоанатомических бюро (бухгалтера, экономисты, машинистки, операторы компьютеров, фотографы, уборщицы, дворовые рабочие и др.) основывается на установленных Министерством здравоохранения ведомственных нормативах соответствующих ведомств.

При этом обязательно учитываются местные учрежденческие условия и распределение работ, что вносится в инструкцию о должностных обязанностях сотрудников.

2. Углубленную оценку работы, произведенной каждым сотрудником внутри патологоанатомических отделений, рекомендуется производить по следующей методике:

- начальной единицей количественной оценки работ, связанных с исследованием биопсийного материала, является гистологический препарат. Его производство, исследование и заключение по результатам исследования оценивается для врача-патологоанатома в 10 баллов, для лаборанта - в 10 баллов;

- начальной единицей количественной оценки работ, связанных с исследованием трупа, является вскрытие с забором необходимого материала для дополнительных исследований и гистологических исследований трупного материала. Оно оценивается для врача в 200 баллов, для лаборанта - в 200 баллов. Вскрытия, при которых сам врач не исследует секционный материал гистологически, в настоящее время производятся редко, как исключение. В этих исключительных случаях нагрузка учитывается отдельно, т.е. вскрывавший получает 120 баллов, производивший гистологическое исследование - 80 баллов;

- таким образом, исходя из рекомендованных выше нормативных нагрузок, годовая работа врача, соответствующая одной должности патологоанатома, должна получить оценку в 40 тыс.баллов, работа лаборанта - также в 40 тыс.баллов.

Однако исследование трупа или биопсийного материала может иметь разную сложность, и это должно отражаться на оценке работы сотрудника:

- экстренное (15-25 мин) исследование гистологического биопсийного препарата оценивается для врача в 15 баллов, для лаборанта - 15 баллов;

- экстренное исследование биопсийного гистологического препарата на выезде в закрепленную больницу для врача - 30 баллов, для лаборанта - 45;

- исследование биопсийного гистологического препарата, изготовленного по одной методике, но потребовавшего ступенчатых микросрезов, для врача - 15 баллов, для лаборанта - 20 баллов;

- исследование биопсийного гистологического препарата по сложной иммуноморфологической методике для врача - 30 баллов, для лаборанта - 30 баллов;

- исследование гистологического биопсийного препарата морфометрическим методом, люминесцентным, поляризационными методами для врача - 30 баллов;

- патологоанатомическое исследование трупа при совпадении клинического и патологоанатомического диагнозов для врача - 200 баллов, для лаборанта - 200 баллов;

- то же с проведением клинико-анатомической конференции для врача - 240 баллов;
 - то же с выездом в закрепленную больницу для врача - 240 баллов, для лаборанта - 200 баллов (если выезжал вместе с врачом - 230 баллов);
 - патологоанатомическое исследование трупа при расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию для врача - 250 баллов, для лаборанта - 220 баллов;
 - то же с проведением клинико-патологоанатомической конференции для врача - 290 баллов;
 - то же на выезде в закрепленную больницу для врача - 290 баллов, для лаборанта (без выезда) - 220 баллов;
 - то же с проведением конференции в закрепленной больнице для врача - 330 баллов, для лаборанта (без выезда) - 230 баллов;
 - патологоанатомическое исследование трупа с расхождением диагнозов по смертельному осложнению для врача - 230 баллов, для лаборанта - 220 баллов;
 - то же с проведением клинико-патологоанатомической конференции для врача - 250 баллов, для лаборанта - 210 баллов;
 - то же с выездом в закрепленную больницу для врача - 250 баллов, для лаборанта (без выезда) - 220 баллов;
 - то же с клинико-патологоанатомической конференцией в закрепленной больнице - 300 баллов для врача, 200 - для лаборанта;
 - работа, проведенная с дефектами, с недобросовестным отношением, что повлияло на полноценность заключения, должна оцениваться соответствующим снижением баллов;
 - исследования, проведенные особенно тщательно, успешно выявившие особо редкие заболевания, должны оцениваться выше, и также с учетом выездов, конференций, выступлений на научных обществах и др.;
 - консультативная работа врачей-патологоанатомов, а при необходимости лабораторной обработки материала и лаборантов, оценивается соответственно изложенному выше;
 - оценка труда других сотрудников патологоанатомических учреждений разрабатывается по бальной системе внутри этих учреждений с учетом распределения обязанностей и годовой нормативной нагрузки по должностям;
 - углубленная внутриучрежденческая оценка произведенной работы производится для дифференцированной оплаты труда и рационального использования сотрудников в зависимости от их квалификации и деловых качеств.
- В случаях введения в лечебно-профилактических учреждениях Республики Беларусь платной и страховой медицины патологоанатомическая служба, обслуживающая эти учреждения, переходит на эту систему оплаты.

Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской помощи

П.Н.Михалевич

Приложение 16
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

Штатные нормативы медицинского персонала
патологоанатомического бюро (отделения)

1. Врачебный персонал

- 1.1. Должности врачей-патологоанатомов устанавливаются из расчета 1 должность на:
- 200 вскрытий умерших в возрасте 15 лет и старше;
 - 150 вскрытий умерших в возрасте 15 лет и старше на выезде в

другие населенные пункты;

- 160 вскрытий умерших детей и мертворожденных;

- 130 вскрытий умерших и детей на выезде в другие населенные пункты;

- 4000 исследований биопсийного и операционного материала.

1.2. Должность врача-патологоанатома организационно-консультативного отделения бюро устанавливается на 2000 исследований трупов или на 70000 исследований гистологических препаратов биопсийного материала в год, произведенных в патологоанатомическом бюро.

1.3. Должности заведующих отделами детской патологии, общей и инфекционной патологии, биопсийных исследований и др. устанавливаются при наличии в бюро не менее 30 должностей врачей-патологоанатомов. При наличии в бюро специализированных отделений заведующий отделом (по профилю) может исполнять обязанности заведующего отделением.

1.4. Должности заведующего отделением устанавливаются в отделениях, которым полагается:

- до 5 должностей врачей-патологоанатомов - вместо 1 должности врача-патологоанатома;

- свыше 5 до 10 должностей врачей-патологоанатомов - вместо 0,5 должности врача;

- свыше 10 до 15 должностей врачей-патологоанатомов - вместо 0,25 должности врача;

- свыше 15 должностей врачей-патологоанатомов - сверх должностей врачей.

1.5. Должность заместителя начальника бюро устанавливается при наличии в бюро не менее 70 должностей врачей-патологоанатомов.

2. Средний медицинский персонал

2.1. Должности фельдшеров-лаборантов (лаборантов) устанавливаются из расчета 1,5 должности на каждую должность врача-патологоанатома, полагающихся в соответствии с п.1.1.

2.2. Должности медрегистраторов вводятся из расчета 1 должность на 8 должностей врачей-патологоанатомов.

2.3. Должности медицинских статистиков устанавливаются в бюро с числом полагающихся врачебных должностей:

до 40 - 1 должность;

от 40 до 60 - 1,5 должности;

свыше 60 - 2 должности.

2.4. Должность главной медсестры устанавливается в патологоанатомическом бюро, отнесенном к I-IV категории по оплате труда руководящих работников.

3. Младший медицинский персонал

3.1. Должности санитарок устанавливаются из расчета 1 должность на каждую должность врача-патологоанатома.

3.2. При организации круглосуточного приема, выдачи трупов могут дополнительно устанавливаться должности санитарок для обеспечения указанной работы в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни.

Начальник Главного управления
прогнозирования, планирования и экономики

В.С.Гуща

Приложение 17
к приказу Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
17.06.1993 № 111

лаборатории патологоанатомического бюро

1. Врачебный персонал

1.1. Должности врачей-бактериологов устанавливаются из расчета 1 должность на каждые 25 тыс. лабораторных единиц в год на непосредственное проведение анализов.

1.2. Должности врачей-вирусологов вводятся из расчета 1 должность на лабораторию в патологоанатомическом бюро, имеющих не менее 50 врачебных должностей врачей-патологоанатомов.

1.3. Должность заведующего вирусно-бактериологической лабораторией вводится сверх должностей врачей-бактериологов и врача-вирусолога.

2. Средний медицинский персонал

2.1. Фельдшер-лаборант (лаборант) по бактериологии - из расчета 1 должность на 10 тыс. лабораторных единиц в год на непосредственное проведение анализов.

3. Младший медицинский персонал

Должность санитарки устанавливается из расчета 1 должность на каждую должность врача-бактериолога, включая заведующего лабораторией.

Начальник Главного управления
прогнозирования, планирования и экономики

В.С.Гуща