

Организация патологоанатомической службы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1999

УДК 614.2:616-091

Ключевые слова: *патологоанатомическая служба, становление.*

Д. С. Саркисов, В. П. Сапрыкин, А. П. Милованов (Москва)

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Патологоанатомическая служба была организована в нашей стране в качестве составной части созданной после революции общегосударственной системы здравоохранения, основной задачей которой являлась охрана здоровья народа. Одновременно с постановлениями правительства по различным вопросам здравоохранения Народным комиссариатом здравоохранения создавались положения по государственной регламентации основ прозекторского дела (об обязательном вскрытии умерших в больницах, о санитарных правилах захоронения, об устройстве кладбищ и крематориев и др.). Во всех этих начинаниях активное участие принимали крупнейшие ученые патологоанатомы: А. И. Абрикосов, И. В. Давыдовский, М. А. Скворцов, В. Т. Талалаев, Г. В. Шор, В. Г. Гаршин, С. С. Вайль, Г. Л. Дерман, Ш. И. Крицкий и др. Активную роль в становлении патологоанатомической службы играл нарком здравоохранения Г. И. Каминский. По его инициативе в 1935 г. в Москве проведено совещание ведущих патологоанатомов страны, на котором было обсуждено состояние патологической анатомии в стране, определены ее задачи как в прозекторской практике, так и в науке. Г. И. Каминский на основе работ И. В. Давыдовского предложил заменить органокалестический принцип преподавания патологической анатомии нозологическим, что было принято и распространено не только на патологическую анатомию, но и на клинические дисциплины. Соответственно была изменена и структура диагноза. К тому времени было издано Руководство по патологической анатомии И. В. Давыдовского в 2 томах, основанное впервые на нозологическом принципе. Нарком издал приказ о проведении во всех больницах регулярных клинко-анатомических конференций, составлении ежегодных отчетов о деятельности патологоанатомических отделений с включением их в отчеты больниц и последующим обсуждением на больничных конференциях.

В приказном порядке при ежегодном утверждении смет расходов на содержание больниц средства для патологоанатомических отделений выделялись отдельной строкой. Были отмечены неудовлетворительные состояние зданий патологоанатомических отделений и их снабжение реактивами и аппаратурой, недочеты в подготовке кадров. Нарком объявил конкурс среди прозектур с награждением победителей. Так, победившая в конкурсе прозектура Ростовской-на-Дону центральной клинической больницы получила 20 000 руб. На эти деньги был проведен капитальный ремонт отделения, приобретены микроскопы, микротомы и реактивы. Нарком способствовал строительству ряда прозектур в Москве и других городах. В Москве, например, были построены до сих пор функционирующие патологоанатомические отделения по

типу будущих институтов патологии, о чем мечтал И. В. Давыдовский (МОНИКИ, Институт им. Н. В. Склифосовского и др.).

Все решения совещания были выполнены, что позволило резко повысить качество работы прозектур, их значение в жизни больниц, усилить научную работу, особенно совместно с клиницистами. Вскоре после совещания был основан журнал "Патологическая анатомия и патологическая физиология", который в дальнейшем был переименован в "Архив патологии".

Очевидно, что нарком хорошо представлял себе значение патологической анатомии для дальнейшего прогресса медицины. Такого углубленного анализа состояния патологической анатомии больше не было. К сожалению, Г. И. Каминский не успел сделать для медицины всего, что было необходимо. Он был незаконно репрессирован, а его имя было надолго забыто.

В Москве по инициативе А. И. Абрикосова в 1919 г. впервые был создан руководящий научно-методический центр — Комиссия прозекторов, организованная Московским обществом патологов. И. В. Давыдовский и В. Т. Талалаев являлись одновременно консультантами Московского городского отдела здравоохранения. Члены комиссии оказывали большую помощь в налаживании прозекторской работы, проверяли работу прозектур, занимались учетом и расстановкой патологоанатомических кадров, разработкой регламентирующих документов, инструкций ("Инструкция по вскрытию трупов в лечебных учреждениях" (1932), "Форма прозекторского отчета для патологоанатомических отделений" (1932), "Инструкция о сличении клинических и патологоанатомических диагнозов" (1932) и др.).

Впервые появились крупные обзоры, обобщающие результаты работы патологоанатомической службы, касающиеся структуры смертности населения, качества диагностической и лечебной деятельности больниц Москвы (И. В. Давыдовский), Ленинграда (Н. Н. Аничков, С. С. Вайль), а затем и других крупных центров. Еще раз особо следует отметить значение широкого внедрения по предложению И. В. Давыдовского в практику работы лечебных учреждений систематического проведения клинко-анатомических конференций, сыгравших и играющих важную роль в повышении квалификации врачей, прозекторов и качества лечебного дела в целом.

Огромную роль в анализе и обобщении патологической анатомии боевой травмы сыграла во время советско-финляндского вооруженного конфликта, а затем в Великую Отечественную войну патологоанатомическая служба Советской Армии, организаторами и руководителями которой были А. А. Васильев, М. Ф. Глазунов, Н. А. Краевский, А. В. Смольяников, в частности фронто-

вые, армейские и другие патологоанатомические лаборатории (ПАЛ), возглавляемые ведущими отечественными патологоанатомами. Говоря о тех, кто создавал патологоанатомическую службу и ратовал за ее развитие как в военное, так и в мирное время, следует особо упомянуть дивврача, а затем генерал-полковника медицинской службы, в последующем министра здравоохранения СССР акад. АМН СССР Е. И. Смирнова. Недостаток кадров патологоанатомов после войны был в известной мере уменьшен за счет включения в работу прозектур демобилизованных врачей фронтовых и армейских ПАЛ, молодых, энергичных, преданных своему делу патологоанатомов, большей частью прошедших подготовку в институтах усовершенствования врачей. Многие из них со временем стали руководителями крупных патологоанатомических отделений больниц, сотрудниками кафедр и отделов НИИ, профессорами, заведующими кафедр и т. д. Достаточно для примера упомянуть Ю. В. Гулькевича, Б. В. Кулябко и О. К. Сурвилло.

В послевоенное время возобновила свою деятельность Комиссия прозекторов под председательством П. П. Движкова и при консультантах А. И. Абрикосове, И. В. Давыдовском, Б. Н. Могильницком, А. В. Русакове, М. А. Скворцове. В дальнейшем патологоанатомическая служба была усилена назначением Минздравом СССР в качестве главных патологоанатомов СССР и РСФСР Т. П. Виноградовой, Б. И. Мигунова, П. П. Движкова, А. М. Вихерта, А. А. Чумакова, осуществлявших большую работу по организационному, кадровому и материально-техническому укреплению патологоанатомической службы. Систематически издавались положения о патологоанатомической службе, регламентировавшие ее деятельность. Важную роль в работе прозектур играли и главные патологоанатомы республик, областей и крупных городов. Повсеместно были организованы и активно работали Всесоюзное, республиканские, областные, городские общества патологоанатомов.

Если говорить о наибольших трудностях патологоанатомической службы как в больничных, так и в кафедральных прозектурах, в то время, пожалуй, главной, а может быть, и единственной трудностью было недостаточное их материально-техническое оснащение.

В послевоенные годы был осуществлен ряд серьезных организационных изменений патологоанатомической службы, приведших к заметному ее усилению и укреплению. С целью большей концентрации кадрового состава, материально-технического оснащения, усиления научного потенциала прозектур было осуществлено их укрупнение в виде организации так называемых *централизованных патологоанатомических отделений*. Дальнейшим шагом в этом направлении явилась осуществленная в начале 80-х годов организация *патологоанатомических бюро*, которые за последние годы выросли, укрепились и наряду с кафедрами патологической анатомии стали важными опорными точками патологоанатомической службы. Важную роль в создании патологоанатомических бюро сыграл главный патологоанатом Минздрава СССР А. М. Вихерт. Следует отметить, что по поводу создания бюро велись оживленные дискуссии, главным вопросом которых было опасение того, что они будут способствовать

нарушению исторически сложившегося единства клиники и патологической анатомии. За прошедшие годы эти сомнения и возражения оказались в значительной мере снятыми самой жизнью.

В результате так называемой перестройки произошла ломка идеолого-экономических установок по принципиальным вопросам уклада жизни нашего общества. Существенно изменяется и сложившаяся десятилетиями система организации здравоохранения. Постепенно расширяющаяся платная медицинская помощь, резкое ухудшение состояния медицинской науки, сужение государственного сектора социальной помощи населению, особенно молодежи, тяжелое общее экономическое положение страны — все это и многое другое привело к существенному увеличению заболеваемости населения и смертности, которая впервые в нашей стране стала превышать рождаемость. Казалось бы, в этих условиях должна была повыситься роль патологической анатомии как одного из важных органов контроля за качеством лечения, но случилось обратное: в соответствии с расширением в стране "демократических начал" в выпущенном Минздравом РФ "Положении о порядке проведения патологоанатомических вскрытий" (приказ Минздрава РФ № 82, 1994) был сужен круг болезней, которые в случае смерти больных требуют обязательного аутопсийного исследования, в то время как права родственников, возражающих против вскрытия, существенно и неправомерно расширены.

В этих условиях с целью поднятия значимости патологоанатомической службы, ее организационных принципов, социального положения работников этой сферы медицины министром здравоохранения и медицинской промышленности РФ было издано указание № 115 от 3 апреля 1995 г. о подготовке проекта приказа "О дальнейшем развитии и совершенствовании патологоанатомической службы в Российской Федерации". Проект было намечено представить к 1 октября 1995 г. В связи с этим для выяснения состояния патологоанатомической службы в 40 патологоанатомических бюро, крупных областных и городских прозектурах различных регионов РФ были сделаны запросы, касающиеся процента патологоанатомических вскрытий, расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, состояния материально-технического обеспечения прозектур, их кадрового состава и др. Что касается *процента патологоанатомических вскрытий*, то, как оказалось, он колеблется в самых широких пределах — от 8—10 в одних местах до почти 90 в других, в среднем он составляет 50—70. Следует отметить, что после значительного спада числа вскрытий в настоящее время намечается некоторая тенденция к его повышению.

Как бы ни пытались объяснить начавшееся несколько лет тому назад повсеместное снижение числа патологоанатомических вскрытий в различных странах, в том числе и у нас (дороговизной их проведения, необходимостью учета прав больного человека и его родственников, религиозными соображениями, довольно распространенным мнением о том, что на современном этапе исследование биопсий существенно перекрывает значимость вскрытия, даже такой точкой зрения некоторых клиницистов, будто бы они сейчас столь хорошо инструментально вооружены, что это вполне обеспечивает высокую точность диагно-

стики и вскрытие в отличие от прошлых лет уже может их мало чему научить и т. п.), в основе всех этих объяснений лежит одна причина — непонимание значимости аутопсии для прогресса теоретической и практической медицины. Это непонимание подтверждается, во-первых, тем, что в последнее время циркуляры, исходящие из вышестоящих инстанций и касающиеся патологоанатомической службы, в частности производства вскрытий, подготавливаются людьми, мало компетентными в области медицины или во всяком случае без обсуждения с авторитетными специалистами. Примером этого является недавно выпущенный Закон о погребении и похоронном деле, который фактически полностью перекрывает путь дальнейшему развитию патологической анатомии вследствие того, что под предлогом расширения так называемых прав человека повсеместно разрешается широкая отмена вскрытия по самым различным просьбам родственников, чаще всего по религиозным соображениям. Отмена вскрытий так легко и беспрепятственно допускается руководителями лечебных учреждений, что создается впечатление, что они при этом даже испытывают своего рода чувство облегчения.

Будем откровенны: все или многие отговорки о возможности выдачи тел умерших без вскрытия прикрывают желание главных врачей таким способом уменьшить количество неправильных диагнозов при лечении больных, повлекших за собой неверное лечение. Об этом свидетельствуют нередкие факты отказа от вскрытий при смерти "на столе" во время оперативных вмешательств, при смерти больных в случаях, когда клинический диагноз у самих лечащих врачей являлся вынужденным, так как характер приведших к смерти заболеваний оставался непонятным или вызывал сомнение из-за сложности наблюдавшихся симптомов, одновременно протекающих у больных 2—3 болезнями, то взаимно зависящих, то возникающих вне связи одного с другим. Мы уж не говорим о воздействии лечебных средств, часто меняющих характер и динамику болезней. Во многих таких случаях причина смерти остается неясной. Здесь отказ от вскрытия можно сравнить с воздушной катастрофой без выяснения ее причины.

Направленные Д. С. Саркисовым в 1997 г. в Государственную Думу и министру здравоохранения РФ резкие критические замечания в отношении упомянутого закона были приняты с пониманием, в ответ обещали обсудить и пересмотреть некоторые его положения, но до сих пор это не сделано.

Более огорчительно то, что точка зрения о том, будто бы аутопсия уходит в прошлое и утрачивает свое былое значение, находит отдельных сторонников и в патологоанатомических кругах. Так, некоторые патологоанатомы говорят о допустимости "частичного вскрытия", т. е. вскрытия только той или иной области тела, о том, что достаточно специализироваться на изучении биопсийного материала, а аутопсия — это дело "вскрывальщиков" и т. п. В целом получается весьма своеобразная картина: на лечение и, в частности, на операции больные ложатся независимо от их нравственных и религиозных установок, если же лечение оказывается безуспешным, лечащими врачами и организаторами здравоохранения поощряется активное вмешательство родственников с целью препятствия важному завершающему этапу больнич-

ного процесса — вскрытию, осуществляемому в случаях, когда лечение оказывается безуспешным. Старое положение о том, что "умершие учат живых", полностью остается в силе, и если раньше оно, за редкими исключениями, выполнялось неукопнительно, то теперь "права" умерших ставятся выше прав живых на все более грамотное и эффективное лечение на основе получаемых в процессе вскрытий фактов о возможных врачебных ошибках и неудачах.

Все сказанное свидетельствует о том, что в настоящее время в силу ряда обстоятельств в широких медицинских кругах, в том числе и среди некоторых патологоанатомов, наблюдается отход от классических и безусловно правильных представлений о том, что вскрытие есть *неотъемлемое звено в цепи лечебного процесса, если последний заканчивается неудачно*. Только вскрытие дает врачу представление об общей панораме болезни, ее материальной основе и динамике развития. Увеличение продолжительности жизни людей, изменение профиля давно известных болезней и появление многих новых, неизвестных ранее осложнений после сложнейших и обширных современных операций — все это и многое другое говорит о возрастании роли вскрытия. Патологическая анатомия в еще большей степени, чем раньше, становится помощником врача в расширении и углублении его клинического мышления, а сама она занимает все более важное место среди теоретических дисциплин.

При анализе данных о *проценте расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов* по основному заболеванию обращает внимание очень большой разброс этого показателя в различных регионах РФ — от 5—7 до 25% и более. Это свидетельствует о многом: если стал нередким процент расхождения диагнозов, достигающий 20—25, то это значит, что в этих случаях из каждых 100 умерших 20—25 больных лечили в той или иной мере ошибочно. Особенно велик этот процент при анализе данных вскрытий умерших не в стационаре, а на дому, которые начали проводить в Санкт-Петербурге, Москве и других городах РФ. По группам важнейших болезней этот показатель достигает 60—80% и более. А это означает, что многие больные, состоящие на поликлиническом учете, годами лечатся неправильно (не от того, чем они болеют), недуг незаметно прогрессирует и в стационар такие больные поступают подчас уже в инкурабельном состоянии. Кстати, о необходимости вскрытия умерших на дому говорил еще в 1932 г. И. В. Давыдовский, полагая, что именно в этих случаях можно ожидать наибольшего процента ошибочных диагнозов. Следовательно, именно данные патологической анатомии и, в частности, аутопсий бытуют в набат в отношении плохого положения дел в стационарах и особенно в поликлиниках.

Трудно объяснить столь высокую разницу в проценте расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов в прозекурах различных регионов страны. Это требует тщательного всестороннего анализа обстоятельств дела в каждом конкретном случае, но можно с известным основанием полагать, что не последнее место в ряду причин отмеченного большого разброса числа расхождений диагнозов играет опять-таки широкая выдача умерших без вскрытия (чем больше выдается трупов без вскрытия, тем соответственно

меньше становится процент расхождения диагнозов), причем особенно плохо, если это грубое нарушение в той или иной мере обусловливается взаимным согласием главного врача и прозектора. Процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов постоянно и статистически достоверно выше в учреждениях, обслуживаемых бюро, чем в тех, в которых патологоанатомическое отделение находится в прямом подчинении главных врачей.

Материально-техническое обеспечение патологоанатомической службы слабое. Во многих прозектурах оборудование давно устарело, пополнение новой аппаратурой и реактивами фактически отсутствует, и лишь там, где энергичные действия прозектора находят поддержку и понимание руководителей лечебного учреждения и местных органов власти, материально-техническое обеспечение лабораторий является более или менее удовлетворительным. В современных условиях состояния страны рассчитывать на финансовую поддержку следует, ориентируясь скорее на муниципальный бюджет, чем на министерский.

Особого внимания заслуживает весьма тяжелое и все ухудшающееся положение с кадрами. Тревогу вызывает совершенно неудовлетворительное состояние с подготовкой молодых специалистов. Она все время ухудшается. Ликвидация министерством здравоохранения интернатуры по патологической анатомии сделала пополнение специалистами случайным, лишила их былой хорошо отлаженной подготовки в различных областях патологической анатомии, делая их в лучшем случае ремесленниками, а не специалистами-исследователями, профессионалами своего дела.

Есть достаточные основания считать, что наступило время перехода к следующему этапу совершенствования организации патологоанатомической службы и подготовки научных кадров, а именно к созданию системы *институтов патологии*. Под этими структурами следует понимать объединение кафедр патологической анатомии с бюро и крупными прозектурами, где воедино сливались бы прозекторская подготовка, педагогическая и научная деятельность молодых специалистов. Формально такие организации уже есть, они фигурируют под громоздко-неуклюжим названием "учебно-научно-практических объединений", но пора уже создавать строго узаконенную систему таких учреждений. Как известно, о создании их много десятков лет назад говорил И. В. Давыдовский. Сегодня "институт патологии" уже официально утвержден приказом Минздрава РФ в качестве одной из структурных форм организации патологоанатомической службы, а в Смоленске по инициативе и под руководством проф. А. Е. Дорошевича уже ряд лет успешно работает такой институт.

Принципиальное значение перехода структурных форм организации патологоанатомической службы к *институтам патологии* состоит в том, что эта форма, синтезируя все другие, взаимно усиливает их и одновременно нивелирует недостатки каждой из них в отдельности. Не секрет, что преподаватели ряда кафедр патологической анатомии, перегруженные педагогической работой, в той или иной мере отдаляются от прозекторской работы, а в патологоанатомических бюро патологоанатом лишь урывками может заниматься научной и оторван от педагогического процесса. По

полученным нами сведениям, есть прозектуры, оснащенные самой современной научной аппаратурой, но сотрудники затрудняются, как ее использовать в научных целях. При рациональной организации института патологии, гармоничном сочетании всех его подразделений можно будет добиться роста числа хороших практических работников и перспективных ученых. Очевидно, что переход от централизованных патологоанатомических отделений к патологоанатомическим бюро, а от последних к институтам патологии представляет собой цепь последовательных усовершенствований организационной структуры отечественной патологической анатомии в ее синтетическом научно-практически-педагогическом выражении. Скорее всего трудности на пути создания институтов патологии будут состоять в основном в решении весьма деликатного вопроса о начальнике института: опыт подсказывает, что материальная основа для создания институтов патологии в ряде мест уже вполне созрела, в то время как оформление их почему-то задерживается.

В принципе сходное положение сложилось и в детской патологоанатомической службе. Существующие патологоанатомические бюро постоянно пополняются новыми, если для этого существуют подходящие условия (соответствующее помещение, 9—10 ставок детских патологоанатомов и др.). Некоторые из них работают на достаточно высоком методическом уровне. Анализ кадрового состава свидетельствует о том, что большинство детских патологоанатомов (63%) — лица пенсионного и предпенсионного возраста, лица моложе 30 лет составляют всего 7—10%, причем все они прошли так называемую первичную специализацию на рабочих местах. Возможности повышения квалификации прозекторов сейчас резко ограничены по многим причинам. В России остались только два учреждения, где можно усовершенствоваться по отдельным разделам детской патологической анатомии: а) цикл по перинатальной патологии при кафедре патологической анатомии РМАПО; б) цикл по инфекционной патологии при кафедре патологической анатомии Санкт-Петербургской медицинской педиатрической академии. Многие очень важные разделы, такие, как детская онкоморфология, биопсийная диагностика хирургических заболеваний, патология детей старшего возраста, ятрогенная патология, не охвачены системой усовершенствования врачей. Отсутствует также такой важнейший элемент, как первичная подготовка, включающая методику патологоанатомического вскрытия маловесных детей, новорожденных и умерших детей старшего возраста, которые имеют существенные различия.

Финансовые трудности резко сокращают возможности систематического повышения квалификации молодых специалистов. Отчасти альтернативным решением этой трудной проблемы стали ежегодные рабочие совещания главных детских патологоанатомов областей и краев.

Остро стоит проблема технического оснащения детских патологоанатомических отделений, особенно в связи с новым видом работы — анализом плодов и новорожденных с экстремально низкой массой — от 500 до 1000 г, поскольку он требует тщательного и точного взвешивания их органов с помощью маломерных электронных весов. В целом ситуация с материально-техническим обеспечением патологоанатомической службы такова,

что многие патологоанатомические бюро и отделения вынуждены сворачивать объем работы, сохраняя лишь биопсии онкологического материала.

Сокращается объем аутопсийной работы вследствие нарастающей тенденции отказов от вскрытий по распоряжению главных врачей детских больниц даже в тех случаях, когда вскрытие по положению является обязательным. По регионам в целом сохраняется прежний объем диагностических биопсий. Давно назрел вопрос о создании консультативного центра по диагностике опухолей у детей. Есть положительные сдвиги в работе с послеземными. В большинстве регионов достигнут 90—100% уровень гистологического изучения плаценты и плодных оболочек у мертворожденных, и отдельных групп риска среди живорожденных, но подобные заключения должны быть готовы на 2—3-и сутки после рождения. Только при этих сроках неонатолог может учесть диагноз антенатального инфицирования новорожденного.

На основании вышеизложенных материалов о современном состоянии патологоанатомической службы во исполнение упомянутого выше распоряжения министра здравоохранения РФ комиссией, назначенной министром (Ф. А. Айзенштейн, Е. Ф. Беликов, Б. Э. Васильев, Б. Г. Верхолетов, В. Л. Доросевич, А. П. Милованов, П. Г. Мальков, Ю. Л. Перов, Д. С. Саркисов, Д. М. Флигель), в указанный срок (1 октября 1995 г.) в Минздравмедпром РФ был представлен проект приказа "О дальнейшем развитии и совершенствовании патологоанатомической службы в Российской Федерации", а также направлены предложения по подготовке соответствующего закона. С тех пор более 3 лет судьба этого проекта остается неизвестной. Говорят, что основной причиной задержки выпуска приказа являются сформулированные в нем важные поправки к существующим установкам по правовой защите работников патологоанатомической службы в плане их усиления (пенсии, длительность рабочего дня, рабочая нагрузка, разряды, оплата труда по тарифной сетке и др.). Так или иначе, но "замораживание" сформулированного нового Положения о патологоанатомической службе, в котором учтены многие замечания и пожелания патологоанатомов различных регионов страны, продолжается уже более 3 лет, несмотря на то, что проект этого Положения прошел рецензирование в главках Минздрава РФ, а также на оставляемые без внимания наши неоднократные обращения к ответственным лицам в Минздраве РФ по поводу недопустимости дальнейшей задержки утверждения приказа о патологоанатомической службе. Не помогают продвижению этого важнейшего документа и ссылки на решение № 1 съезда Российского общества патологоанатомов об ускорении утверждения этого приказа.

В целом сказанное свидетельствует о том, что Минздрав РФ не только не беспокоит проволочка с введением в действие нового, более совершен-

ного Положения о патологоанатомической службе, но оно смотрит сквозь пальцы на подчас грубые нарушения уже существующего Положения.

Перераспределение юридических и финансовых полномочий между федеральным центром и регионами России привело к обособлению бюджетов разного уровня: федерального, территориального и муниципального. Как следствие этого финансирование учреждений здравоохранения происходит в соответствии с их административным подчинением. В этих условиях Минздрав РФ перестал обладать возможностью административного влияния на ситуацию в отрасли. Его роль в основном свелась к контрольно-методическим мероприятиям. Более того, возникновение частного сектора оказания медицинских услуг поставило на повестку дня проблему контроля его работы.

Проблема контроля качества оказания медицинской помощи населению в условиях, когда Минздрав РФ не имеет возможности, как прежде, руководить не только бюджетным здравоохранением, но и частным его сектором, остро ставит на повестку дня в общероссийском масштабе проблему государственного контроля в сфере здравоохранения. Важной структурой, способной к выполнению этой задачи, является патологоанатомическая служба. Однако действующая нормативно-правовая база, регламентирующая ее работу, не соответствует условиям сегодняшнего дня. Инструктивно-нормативные материалы не только устарели, но и не работают. Это связано с тем, что они носят рекомендательный характер и за их нарушение практически никто не несет ответственности.

Перспектива развития патологоанатомической службы состоит в том, что либо ее функционирование будет соответствовать требованиям сегодняшнего дня, либо она просто перестает быть необходимой здравоохранению. Такие примеры уже имеются в целом ряде регионов России (например, в Новосибирской области патологоанатомическая служба была слита с судебно-медицинской). Именно поэтому *диагностический раздел работы* (аутопсия, исследование операционного и биопсийного материалов) *обязательно должен быть дополнен контрольно-экспертным.*

Фактически все нормативно-методические документы с начала 70-х годов указывают на контролирующую роль патологоанатомической службы. Однако ввиду того что они (эти документы) не имеют строго обязательной силы, фактическое исполнение их на местах отдано на откуп руководителям здравоохранения, которые исполняют их выборочно, а именно только те положения, которые они сами считают возможным выполнять. Эти свои решения они объясняют "учетом так называемых местных условий". Именно поэтому *на- сущая проблема сегодняшнего дня — это законодательное решение нормативно-правовых вопросов регулирования в сфере патологической анатомии.*