



СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Маслякова Галина Никифоровна

Уфа, 2024 год

АКТУАЛЬНОСТЬ!!!

Устаревшая информация может иметь серьезное влияние на принятие решений. Она вызывает неправильные выводы, лишает нас новых возможностей, влечет финансовые потери и может подорвать имидж. Поэтому крайне важно постоянно обновлять свою базу знаний и проверять актуальность используемой информации перед принятием решений.

В большинстве академических и научных работ использование устаревшей информации должно быть минимальным или полностью отсутствующим, чтобы гарантировать актуальность и достоверность получаемых результатов.

Устаревшая информация может привести к серьезным последствиям как для отдельного человека, так и для общества в целом. Притом с каждым исследователем она может сыграть «злую шутку» и способна снизить его рейтинг, репутацию и качество его работ моментально. Ее использование может привести к ошибочным решениям, неправильной интерпретации фактов или даже проведению небезопасных действий.



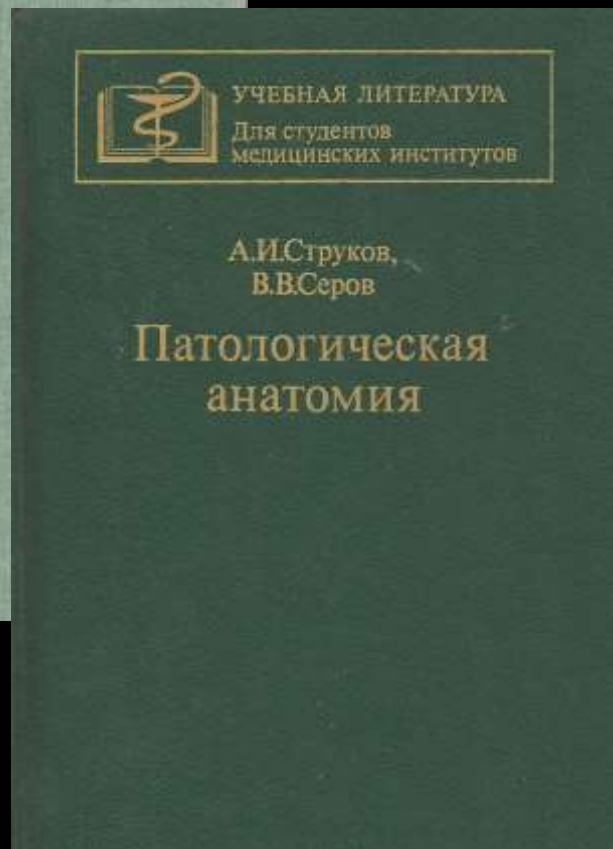
“ Все, что мы слышим, —
это мнение, а не факт.
Все, что мы видим, — это
точка зрения, а не истина.

Марк Аврелий
римский император и философ

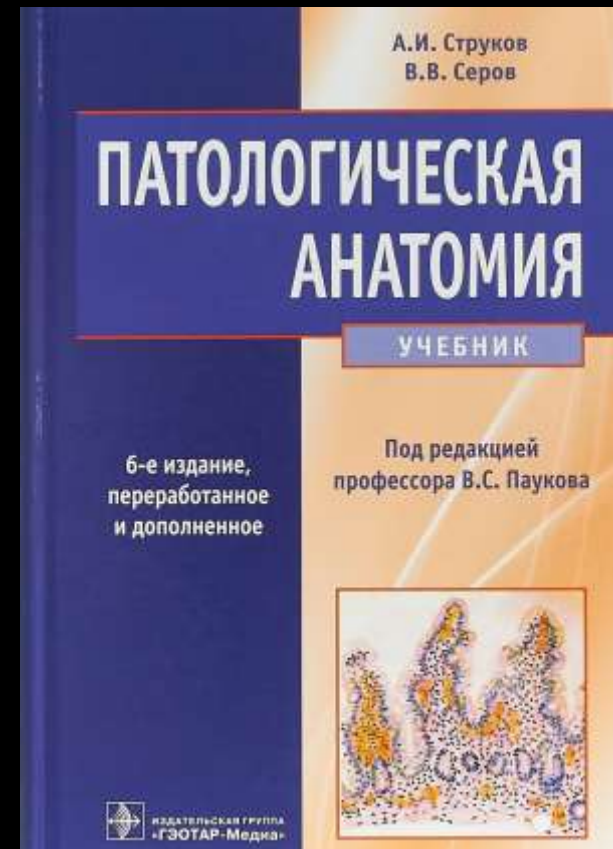
А.И. Струков, В.В. Серов

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

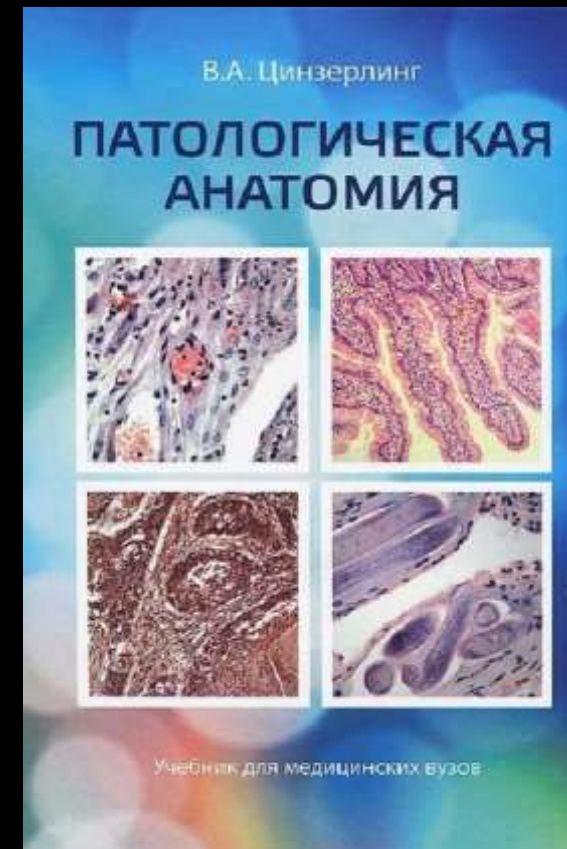
1979 год



1985 год



2014 год



2015 год

НАШИ УЧЕБНИКИ

ТЕМА: НАРУШЕНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ

А.И. Струков, В.В. Серов

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

«Гиалиновый тромб- особый вид тромба. Он редко содержит фибрин, состоит из разрушенных эритроцитов, тромбоцитов и преципитирующих белков плазмы; при этом тромботические массы напоминают гиалин»

Д.Д. Зербино
Л.Л. Луксевич
ДИССЕМИНІРОВАННОЕ
ВНУТРИСОСУДИСТОЕ
СВЕРТЫВАНИЕ
КРОВИ



свертка фибрина.

Большинство исследователей [Bleyl U., Rossner J., 1976] считают, что «гиалиновые» микротромбы также состоят преимущественно из фибрина. Однако, по мнению К. Nordstoga (1974, 1979), они представляют слившиеся в гомогенную массу и дезинтегрированные «стазированные» эритроциты. В названии этих тромбов отражено внешнее сходство с массами гиалина. При окраске гематоксилином и эозином они определяются как однородные плотные эозинофильные образования, по методу Вейгерта иногда дают отрицательную реакцию. При использовании элективных методов выявления фибрина «гиалиновые» микротромбы постоянно приобретают оттенки, соответствующие степени «зрелости» фибрина. Иммуногистохимические и электронно-микроскопические исследования показали, что в состав «гиалиновых» тромбов наряду с фибрином входит фибриноген [Bleyl U., Rossner J., 1976]. Ультраструктурно они отличаются от обычных фибриновых тромбов степенью полимеризации.

ТЕМА: ВОСПАЛЕНИЕ

А.И. Струков, В.В. Серов

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

«Серозное воспаление».
«Для этого вида воспаления
типично выделение
экссудата
(преимущественно
сывороточный альбумин)
в количестве 3 – 8%»

Сравнение экссудата и транссудата

Свойства	Транссудат	Серозный экссудат
Содержание белка, %	Менее 3	Более 3
Альбумин / глобулин	2 – 4 и более	0,5 – 1,0 и менее
Свёртываемость	Не свёртывается	Свёртывается
Количество клеток в 1мм ³	Менее 100	3000 и более
pH	7,4 – 7,6	6 – 7
Осмотическое давление, Δ°C	0,56 – 0,6	0,6 – 1,0 и выше

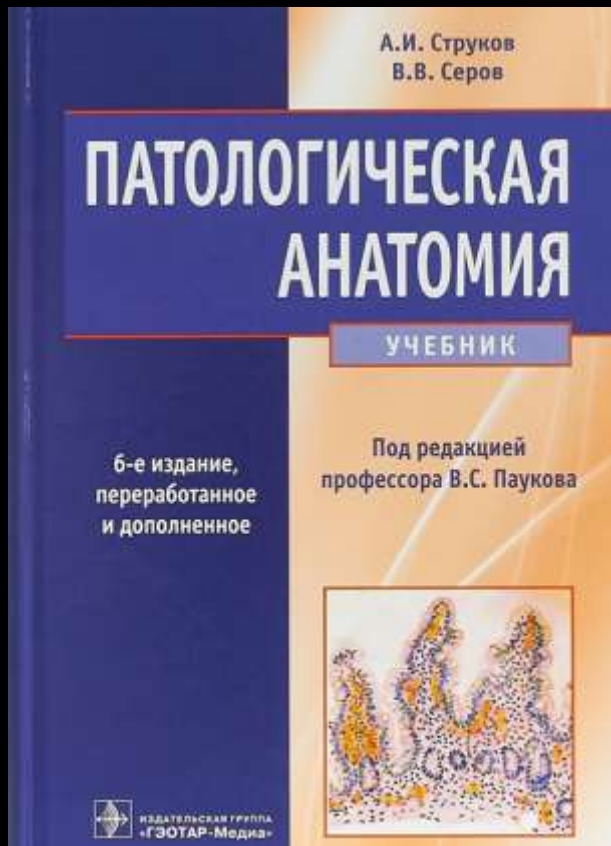
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Под редакцией
В.В. Серова
М.А. Пальцева

Учебник
интересен
для студентов
медицинских
вузов

Серозное воспаление характеризуется
образованием экссудата, содержащего
до 2% белков, небольшое количество
клеточных элементов!

ТЕМА: ПРОЛИФЕРАТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ И РЕВМАТИЗМ

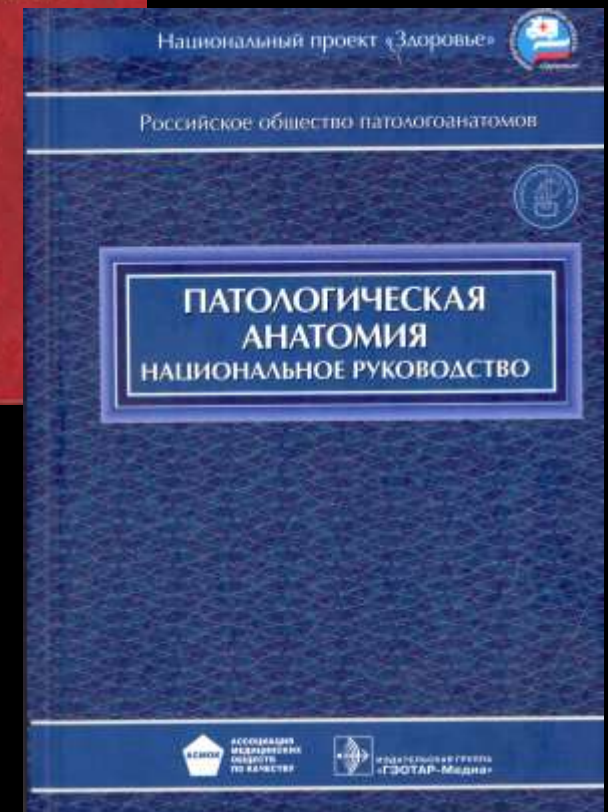


«Межуточное (интерстициальное) воспаление возникает во всех паренхиматозных органах и локализуется в их строме, где происходит накопление воспалительных и иммунокомпетентных клеток. Инfiltrат состоит из гистиоцитов, моноцитов, лимфоцитов, плазматических клеток, лаброцитов, единичных нейтрофилов, эозинофилов

ТЕМА: РЕВМАТИЗМ

Диффузный межуточный экссудативный миокардит, описанный М.А. Скворцовым (1876-1962), - характеризуется отеком, полнокровием интерстиция миокарда и значительной инфильтрацией его лимфоцитами, гистиоцитами, нейтрофилами и эозинофилами.

Очаговый межуточный экссудативный миокардит характеризуется незначительной очаговой инфильтрацией миокарда лимфоцитами, гистиоцитами и нейтрофилами.



СКВОРЦОВ МИХАИЛ АЛЕКСАНДРОВИЧ



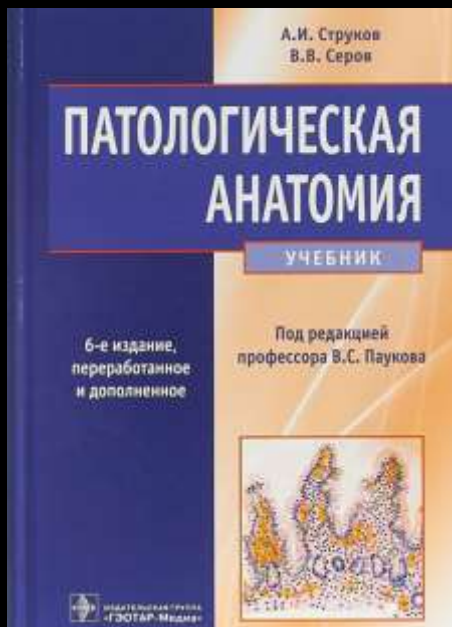
- **«Гистоморфология ревматического миокардита и его значение в клинике»**
- **Материал: 5 сердец детей , умерших от ревматизма**

«Такого рода изменения в сердце, весьма напоминающие дифтерийный миокардит, является уделом главным образом детского возраста»

Скворцов М.А.//Архив патологии. — 1938. — Т. 4, № 2. — С. 7—18

ТЕМА: ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ

- «Патологическая регенерация проявляется в виде гипер- гипорегенерации, метаплазии и дисплазии»



Начальные стадии (I и II степени) трудноотличимы от патологической регенерации, особенно учитывая возможность метаплазированного эпителия.

Тяжелая дисплазия (III степень) редко подвергается обратному развитию, ее рассматривают как предрак.

В теме « Опухоли» дисплазия не рассматривается!!!

ТЕМА: БОЛЕЗНИ БЕРЕМЕННОСТИ

- « Прерывание беременности и выделение плода из матки до 14 недель беременности обозначают как аборт (выкидыш), в сроки от
- 14 до 28 недель – поздний аборт,
- от 28 недель до 29 недель - преждевременные роды»

МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
от 27 декабря 2011 г. N 1687н
О МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЯХ РОЖДЕНИЯ, ФОРМЕ
ДОКУМЕНТА О РОЖДЕНИИ И ПОРЯДКЕ ЕГО ВЫДАЧИ

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 16.01.2013 N 7н, ..., от 15.04.2021 N 352н, от 13.10.2021 N 987н)

Медицинскими критериями рождения являются:

1) срок беременности 22 недели и более при массе тела ребенка при рождении 500 грамм и более (или менее 500 грамм при многоплодных родах) или в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна, при длине тела ребенка при рождении 25 см и более;

ТЕМА: БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Учебники:

По топографии:

- **Интракапиллярный**
(экссудативный и пролиферативный)
- **Экстракапиллярный**
(экссудативный и пролиферативный)
- **Подострый гломерулонефрит**
(с полулуниями)
- **Хронический**
- мезангиальный:
(мезангиопролиферативный, мезангиокапиллярный)
- Фибропластический;

Классификация гломерулонефрита:

- **Острый постинфекционный гломерулонефрит (острый диффузный пролиферативный гломерулонефрит);**
- **Гломерулонефрит с полулуниями;**
- **Мембранопротролиферативный гломерулонефрит (тип I, тип II, тип III)**

IgA – нефропатия

IgM - нефропатия



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

УДК 614.2
ББК 53.4

Организация-разработчик: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители: Д.Ш. Вайсман

Рецензенты:

Семёнов В.Ю. - д.м.н. профессор - заместитель директора Института кардиохирургии им. В.И. Бураковского ФГБУ «НМИЦССХ» им. А.Н. Бакулева Минздрава России.

Стародубов В.И. - д.м.н., профессор, академик РАН, Научный руководитель ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Аннотация

В методических рекомендациях изложен порядок статистического учета и кодирования сахарного диабета в статистике заболеваемости и смертности, основанный на Правилах и инструкциях по кодированию смертности и заболеваемости (том 2) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, с официальными обновлениями ВОЗ 1996-2019 гг.

Приведены правила выбора первоначальной причины смерти и примеры оформления медицинских свидетельств о смерти.

Методические рекомендации предназначены для врачей клинических специальностей, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, врачей-статистиков, врачей-методистов, организаторов здравоохранения, студентов медицинских ВУЗов.

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

9. Принципы кодирования причин смерти

Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая была одобрена на Международной конференции по Шестому пересмотру в Париже в 1948 году.

Первоначальная причина смерти – это:

- болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти;
- обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

Это определение продиктовано тем, что, выстроив цепь событий, приведших к смерти, можно в ряде случаев повлиять на нее, с целью предотвращения смерти.

В случае смерти оформляется «Медицинское свидетельство о смерти». Заполнение Свидетельства производится в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

При этом должна быть обязательно указана логическая последовательность патогенеза болезни в соответствии с «Общим принципом» (МКБ-10, том 2, с. 38). При неправильном оформлении Свидетельства врач (фельдшер, акушерка) применяют правила выбора первоначальной причины смерти или используют автоматизированные системы, позволяющие автоматически выбирать первоначальную причину смерти в соответствии с правилами МКБ-10.

При наличии множественных осложнений вместо логической последовательности указываются два различных наиболее тяжелых осложнения.

Пример 5:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
I а) <u>инфаркт мозга, вызванный тромбозом мозговых артерий</u> болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	6 час.	I	6	3	.	3
б) <u>нефронатия</u> патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	N	2	8	.	9
в) <u>Сахарный диабет I типа с множественными осложнениями</u> первоначальная причина смерти указывается последней	5 лет	E	1	0	.	7
г) _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Атеросклеротический кардиосклероз	10 лет 20 лет	J44.8 I25.1				



РЕКОМЕНДАЦИИ ?

ВОЗ обращает внимание, что правила выбора первоначальной причины смерти должны применяться всегда, независимо от того, можно ли их считать правильными с медицинской точки зрения или нет, так как это важно и имеет большое значение для общественного здравоохранения.

«Целью является получение наиболее полезной статистики смертности насколько это возможно. Таким образом, записывается ли последовательность как «отклоненная» или «принятая» – может отражать интересы, имеющие большое значение для общественного здравоохранения, а не то, что допустимо с чисто медицинской точки зрения.

Поэтому, всегда следует применять эти инструкции, независимо от того, можно ли их считать правильными с медицинской точки зрения или нет.



Пример 6:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти
I а) кардиогенный шок болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	10 час.	R 5 7 . 0
б) острый инфаркт миокарда передней стенки патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	6 дней	I 2 1 . 0
в) Сахарный диабет II типа с уточненным осложнением первоначальная причина смерти указывается последней	4 года	E 1 1 : 6
г) внешняя причина при травмах и отравлениях		
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Атеросклеротический кардиосклероз Артериальная гипертензия	12 лет 10 лет	I25.1 I10.X



Пример 7:

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти
I а) гангрена болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти	2 нед.	R 0 2 . X
б) хроническая почечная недостаточность патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины	2 года	N 1 8 . 9
в) Сахарный диабет II типа с множественными осложнениями первоначальная причина смерти указывается последней	6 лет	E 1 1 : 7
г) внешняя причина при травмах и отравлениях		
II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) Хронический обструктивный бронхит Артериальная гипертензия	10 лет 8 лет	J44.8 I10.X

Примечание: Для кодирования заболеваемости эта рубрика должна использоваться для инфаркта миокарда любой локализации, возникшего в течение 4-х недель или менее от начала предыдущего инфаркта.

2019 год

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ
ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА,
ВЫБОРА И КОДИРОВАНИЯ ПО МКБ-10
ПРИЧИН СМЕРТИ
КЛАСС IX. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
ЧАСТЬ 2. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС)

Современная отечественная клиническая классификация ИБС

Нозологические понятия	Нозологические формы ИБС	Термины для использования в этапных клинических диагнозах (кроме заключительного, посмертного)	Коды МКБ-10	Термины и коды для использования в качестве основного заболевания (первоначальной причины смерти) в заключительном клиническом, патолого-анатомическом и судебно-медицинском диагнозах
Острая ИБС (синоним: острый коронарный синдром)	Инфаркт миокарда	1. Острый ИМ 1.1 Первичный ИМ 1.2 Повторный ИМ (возникший после 28 сут. от начала предыдущего ИМ) 2 Рецидивирующий ИМ (синоним: Рецидив ИМ; возникший до 28 сут. включительно от начала предыдущего ИМ)	I21.- I21.- I22.-	1. Острый, рецидивирующий или повторный трансмуральный ИМ (I21.0 – I21.3), 2. Острый, рецидивирующий или повторный субэндокардиальный ИМ (I21.4)
	Внезапная коронарная смерть	2. Внезапная коронарная смерть	I24.8	Острая (внезапная) коронарная смерть (I24.8)
	Острый коронарный тромбоз без	3. Острый коронарный тромбоз без	I24.0	Не применяется

Хроническая ИБС (синоним: стабильная ИБС)	Стенокардия	4.2 Стабильная стенокардия 4.3. Вазоспастическая стенокардия 4.4. Микрососудистая стенокардия	I20.8 I20.1 I20.8	Не применяется (за редким исключением, с указанием – по клиническим данным и морфологической расшифровкой поражения сердца и кодом I25.8)
	Перенесенный ранее ИМ	5.1. Постинфарктный кардиосклероз (при наличии клинических проявлений) 5.2. Хроническая аневризма сердца	I25.8 I25.3	Крупноочаговый (постинфарктный) кардиосклероз (I25.8) Хроническая аневризма сердца (I25.3)
	Ишемическая кардиомиопатия	6. Ишемическая кардиомиопатия	I25.5	Ишемическая кардиомиопатия (I25.5)
	Бессимптомная ишемия миокарда	7. Бессимптомная ишемия миокарда	I25.6	Не применяется
	Нарушение ритма и проводимости (как самостоятельная нозологическая форма ИБС; при отсутствии критериев внезапной коронарной смерти)	8. Конкретная форма нарушения ритма и проводимости	I44.- I49.-	Не применяется (за редким исключением, с указанием – по клиническим данным и морфологической расшифровкой поражения сердца и кодом I25.8) <u>Следует исключить «острую (внезапную) коронарную смерть» (I24.8),</u>

2020 год

КЛИНИЧЕСКАЯ, МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Консенсус Российского кардиологического общества, Российского общества патологоанатомов и специалистов по медицинской статистике

Авторы: Бойцов С.А., Барбараиш О.Л., Вайсман Д.Ш., Галявич А.С, Драпкина О.М., Зайратьянц О.В. Кактурский Л.В. Какорина Е.П., Никулина Н.Н., Самородская И.В., Черкасов С.Н., Шляхто Е.В., Якушин С.С.

Таблица 1

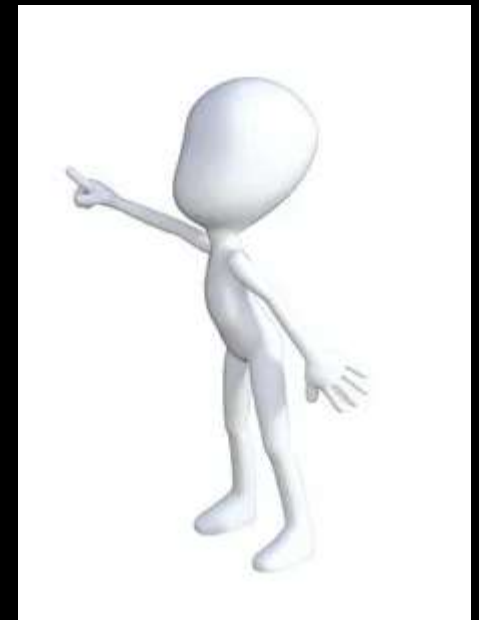
Клиническая, морфологическая и статистическая классификация ИБС

Наднозологические понятия	Нозологические формы ИБС	Термины для использования в заключительном клиническом диагнозе (в выписном эпикризе) в качестве основного ¹ заболевания	Термины для использования в заключительном клиническом диагнозе при летальном исходе в качестве основного ¹ заболевания (и первоначальной причины смерти - в МСС)	Термины для использования в ПА и судебно-медицинских диагнозах в качестве основного ¹ заболевания (и первоначальной причины смерти - в МСС)	Рубрика МКБ-10
1	2	3	4	5	6
I. <i>Острая ИБС</i> (в качестве предварительного диагноза – син.: <i>ОКС</i>)	1. <i>Инфаркт миокарда</i>	1. <i>Острый ИМ</i> 1.1 <i>Первичный ИМ</i> 1.2 <i>Повторный ИМ</i> (возникший после 28 сут. от начала предыдущего ИМ)	1. <i>Острый ИМ</i> 1.1 <i>Первичный ИМ</i> 1.2 <i>Повторный ИМ</i> (возникший после 28 сут. от начала предыдущего ИМ)	1. <i>Острый ИМ</i> 1.1 <i>Первичный ИМ</i> 1.2 <i>Повторный ИМ</i> (возникший после 28 сут. от начала предыдущего ИМ)	I21.- I22.-
	2. <i>Внезапная коронарная смерть</i>	2 <i>Внезапная коронарная смерть</i>	2 <i>Внезапная коронарная смерть</i>	2 <i>Внезапная коронарная смерть</i>	I24.8
	3. <i>Острый коронарный тромбоз без развития ИМ на фоне ТЛТ</i> (или «на фоне ЧКВ», или «на фоне ТЛТ и ЧКВ»)	3. <i>Острый коронарный тромбоз без развития ИМ на фоне ТЛТ</i> (или «на фоне ЧКВ», или «на фоне ТЛТ и ЧКВ»)	Не употребляется ²	Не употребляется ²	I24.0



Клиническая, морфологическая и статистическая классификация ИБС

Наднозологические понятия	Нозологические формы ИБС	Термины для использования в заключительном клиническом диагнозе (в выписном эпикризе) в качестве основного ¹ заболевания	Термины для использования в заключительном клиническом диагнозе при летальном исходе в качестве основного ¹ заболевания (и первоначальной причины смерти - в МСС)	Термины для использования в ПА и судебно-медицинских диагнозах в качестве основного ¹ заболевания (и первоначальной причины смерти - в МСС)	Рубрика МКБ-10
1	2	3	4	5	6
II. Хроническая ИБС (син.: <i>стабильная ИБС</i>)	4. Стенокардия	4.1 <i>Нестабильная стенокардия</i>	Не употребляется ³	Не употребляется ³	I20.0
		4.2 <i>Стабильная стенокардия (напряжения)</i>			I20.8
		4.3 <i>Вазоспастическая стенокардия</i>			I20.1
		4.4 <i>Микрососудистая стенокардия</i>			I20.8
	5. Перенесенный ранее ИМ	5.1 <i>Постинфарктный кардиосклероз</i>	5.1 <i>Постинфарктный кардиосклероз</i>	5.1 <i>Постинфарктный кардиосклероз</i>	I25.8
		5.2 <i>Хроническая аневризма сердца</i>	5.2 <i>Хроническая аневризма сердца</i>	5.2 <i>Хроническая аневризма сердца</i>	I25.3
		5.3 <i>Перенесенный ИМ</i>	Не употребляется ⁴	Не употребляется ⁴	I25.2
	6. Ишемическая КМП	6. Ишемическая КМП	6. Ишемическая КМП	6. Ишемическая КМП	I25.5
	7. Бессимптомная ишемия миокарда	7. Бессимптомная ишемия миокарда	Не употребляется ⁵	Не употребляется ⁵	I25.6
	8. Нарушение ритма и проводимости (как самостоятельная нозологическая форма ИБС; при отсутствии критериев внезапной смерти)	Конкретная форма нарушения ритма и проводимости⁶	Конкретная форма нарушения ритма и проводимости^{6,7}	Диффузный мелкоочаговый или крупноочаговый кардиосклероз с конкретной формой нарушения ритма и проводимости⁷	I25.1
	9. Гемодинамически значимый атеросклероз КА	9.1 <i>Атеросклероз КА⁸</i> (прим. – по поводу которого ранее не выполнялось инвазивного / хирургического вмешательства) 9.2 <i>Атеросклероз коронарного шунта⁸</i> 9.3 <i>(Атеросклеротический) рестеноз ранее стентированной КА⁸</i> 9.4 <i>Атеросклероз КА трансплантированного сердца⁸</i>	9.1 <i>Атеросклероз КА⁸</i> (прим. – по поводу которого ранее не выполнялось инвазивного / хирургического вмешательства) 9.2 <i>Атеросклероз коронарного шунта⁸</i> 9.3 <i>(Атеросклеротический) рестеноз ранее стентированной КА⁸</i> 9.4 <i>Атеросклероз КА трансплантированного сердца⁸</i>	9.1 <i>Атеросклероз КА⁸</i> (прим. – по поводу которого ранее не выполнялось инвазивного / хирургического вмешательства) 9.2 <i>Атеросклероз коронарного шунта⁸</i> 9.3 <i>(Атеросклеротический) рестеноз ранее стентированной КА⁸</i> 9.4 <i>Атеросклероз КА трансплантированного сердца⁸</i>	I25.1 I25.8 I25.8 I25.8





“ Все, что мы слышим, —
это мнение, а не факт.
Все, что мы видим, — это
точка зрения, а не истина.

Марк Аврелий
римский император и философ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

