

Проект приказа «Об утверждении Стандарта организации патологоанатомической диагностики и клинической цитологии в Республике Казахстан»

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации патологоанатомической диагностики и клинической цитологии в Республике Казахстан.

2. Департаменту стандартизации медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение пяти рабочих дней со дня получения зарегистрированного настоящего приказа направление его копии в печатном и электронном виде в одном экземпляре на государственном и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе «Әділет»;

4) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Биртанова Е.А.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня их первого официального опубликования.

**Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан**

Т. Дуйсенова

Утвержден
приказом Министра здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от « » 2016 года №

**Стандарт
организации патологоанатомической диагностики и
клинической цитологии в Республике Казахстан**

1. Общие положения

1. Стандарт организации патологоанатомической службы и клинической цитологии в Республике Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс) и подпунктом 9) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 сентября 2014 года № 1005.

2. Настоящий Стандарт устанавливает требования к организации патологоанатомической службы и клинической цитологии на уровне организаций и структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую и цитологическую диагностику.

3. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) гарантированный объем бесплатной медицинской помощи – единый по перечню медицинских услуг объем медицинской помощи, оказываемой гражданам Республики Казахстан и оралманам, определяемый Правительством Республики Казахстан;

2) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган) - государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

3) патологоанатомическая диагностика – вид медицинской деятельности, направленный на диагностику, прижизненный и посмертный контроль качества медицинского вмешательства, включающий в себя биопсийное исследование, исследование операционного материала, исследование посмеда, экспертное консультирование, экспертную оценку

последствий (исходов) медицинского вмешательства, патологоанатомическое вскрытие (аутопсия);

4) клиническая цитология – метод морфологического анализа, основанный на изучении и оценке клеточного материала, полученного различными способами из патологического очага.

5) жидкостная цитология – стандартизированная технология приготовления цитологического препарата с использованием стабилизирующей жидкости;

б) клиническое цитологическое (цитопатологическое) исследование – высокоэффективный метод морфологической диагностики клеточных элементов в цитологическом препарате (мазке), в основе которого лежит изучение с помощью световой микроскопии особенностей строения клеток, клеточного состава органов, тканей, жидкостей организма человека в норме и при патологических процессах;

7) патологоанатомическое вскрытие (аутопсия) – всестороннее исследование трупа больного, умершего в организации здравоохранения, путем макроскопического и микроскопического исследования тканей органов с целью установления причины и механизма смерти, контроля качества, объема, целесообразности и адекватности медицинского вмешательства;

8) клинико-патологоанатомическая конференция (КПАК) – анализ и оценка качества проведенных диагностических и лечебных мероприятий с учетом результатов патологоанатомического вскрытия, при участии врачей по специальности «патологическая анатомия», врачебного персонала организации здравоохранения, где произошла смерть больного, при необходимости с привлечением научных сотрудников профильных кафедр ВУЗов;

4. Штаты организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику, клиническую цитологическую диагностику устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6173).

2. Структура и основные направления деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику и клиническую цитологию в Республике Казахстан

5. К организациям и структурным подразделениям организаций здравоохранения, осуществляющим патологоанатомическую диагностику, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности относятся:

1) патологоанатомические бюро (областное, городское) (далее – ПАБ) - самостоятельная медицинская организация;

2) централизованные патологоанатомические отделения (далее – ЦПАО) (организуется как структурное подразделение в составе организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь) осуществляет патологоанатомическую диагностику для нескольких медицинских организаций;

3) патологоанатомические отделения (далее – ПАО) (организуется как структурное подразделение в составе организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь).

6. В состав ПАБ входят следующие структурные подразделения:

1) отделение общей патологии с гистологической лабораторией;

2) отделение детской патологии с гистологической лабораторией;

3) отделение цитологических исследований

4) отделение инфекционной патологии с гистологической лабораторией;

5) отделение онкоморфологии

6) отделение иммуногистохимических и генетических исследований;

7) отделение бактериологических и вирусологических исследований;

8) организационно-консультативное отделение с архивом медицинской документации, блоков и стеклопрепаратов;

9) хозрасчетное отделение по оказанию платных услуг.

10) административно-хозяйственное отделение.

7. На базе центральных районных больниц создаются, межрайонные, районные отделения ПАБ.

8. ПАБ являются клинической базой медицинских организаций образования и их факультетов, в том числе повышения квалификации и переподготовки медицинских кадров.

9. Руководство деятельностью ПАБ осуществляет квалифицированный врач по специальности «Патологическая анатомия (взрослая, детская)», имеющий опыт работы 10 лет и более, первую (высшую) квалификационную категорию.

10. На должность врача-патологоанатома назначается специалист, имеющий высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Общая медицина» прошедший послевузовскую подготовку или специализацию по специальности «Патологическая анатомия» (взрослая, детская) и имеющий сертификат специалиста по патологической анатомии.

11. Руководство больницы, в структуре которой имеется ЦПАО, ПАО обеспечивает необходимые условия для работы, включающие укомплектование медицинскими кадрами, материально-техническое оснащение (соответствующее помещение для вскрытия трупов умерших больных, оборудование, аппаратуру, инструментарий и другое), хозяйственное обеспечение, транспорт.

12. Руководство организаций здравоохранения, в которых отсутствует ЦПАО или ПАО для проведения патологоанатомического вскрытия привлекает врачей по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» и обеспечивает необходимые условия для вскрытия.

13. ПАБ, ЦПАО и ПАО используют в своей работе вспомогательные диагностические кабинеты и отделения (клиническая, бактериологическая, вирусологическая, иммуногистохимическая и генетическая лаборатории) организаций здравоохранения, в состав которых входит ЦПАО или ПАО.

14. Минимальный перечень материально – технического оснащения организаций и структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Стандарту.

15. Помещения ПАБ, ЦПАО и ПАО соответствуют требованиям безопасности в соответствии с Приложение № 2 к настоящему Стандарту и используются только для деятельности структурных подразделений организации здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику и клиническую цитологию.

16. Основными направлениями деятельности ПАБ, ЦПАО и ПАО являются:

1) совершенствование лечебно-профилактической помощи населению путем улучшения прижизненной диагностики и уточнения причин смерти;

2) обеспечение достоверных данных причин смерти, осуществление анализа дефектов диагностики и лечения;

3) уточнение диагностики заболеваний на секционном, операционном и биопсийном материалах путем проведения макроскопического и микроскопического, а при необходимости бактериологического, вирусологического и биохимического, иммуногистохимического и генетического исследований;

4) установление причин и механизма смерти больного;

5) установление диагноза путем анализа совокупности изменений в тканях и органах трупа в ходе патологоанатомического вскрытия, а также в органах (фрагментах органов) и тканях больных, изъятых путем хирургической операции и (или) биопсии, и основывается на результатах непосредственного осмотра (макроскопических исследований), исследований с использованием увеличительных приборов (микроскопических исследований), иных технологий, а также клинико-анатомических сопоставлениях.

17. Цитологическая (цитопатологическая) лаборатория (далее – ЦЛ) создается в структуре медицинских организаций, осуществляющих деятельность патологической анатомии, а так же отдельно в составе медицинских организаций, оказывающих стационарную (многопрофильные больницы, онкологические больницы (диспансеры) на районном, городском, областном уровнях) и амбулаторно-поликлиническую помощь (городские поликлиники, консультативно-диагностические центры), научных организаций

в области здравоохранения, республиканских организаций здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

18. ЦЛ возглавляет заведующий, соответствующим квалификационным требованиям в соответствии с приказом №775 от 24.11.2009 года «Об утверждении номенклатуры должностей работников здравоохранения».

19. Минимальный перечень материально -технического оснащения клинической цитологической лаборатории (отделения) в соответствии с Приложением № 3 к настоящему Стандарту.

20. Основными направлениями деятельности цитологической (цитопатологической) лаборатории являются:

1) изучение общих черт строения и функционирования клеток и их производных;

2) установление характера патологического процесса;

3) ранняя и своевременная диагностика типа опухоли с высокой степенью точности, по возможности с указанием характера процесса (доброкачественный или злокачественный) при наличии опухоли (онкоцитология);

4) описания морфологической картины и заключения (основано на особенностях изменения ядра, цитоплазмы, ядерно-цитоплазменного соотношения, образования структур и комплексов клеток).

3. Организация патологоанатомической диагностики в Республике Казахстан

21. Патологоанатомическая диагностика (патологоанатомические вскрытия, гистологические и цитологические исследования операционного и биопсийного материала) оказываются в рамках ГОБМП в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» и обязательного социального медицинского страхования.

22. Патологоанатомическая диагностика проводится с целью установления диагноза путем анализа совокупности изменений в тканях и органах трупа в ходе патологоанатомического вскрытия, а также в органах (фрагментах органов) и тканях больных, изъятых путем хирургической операции и (или) биопсии, и основывается на результатах непосредственного осмотра (макроскопических исследований), исследований с использованием увеличительных приборов (микроскопических исследований), иных технологий, а также клинико-анатомических сопоставлениях.

23. Руководство организации здравоохранения обеспечивает своевременную доставку тел умерших, операционного и биопсийного материала в ПАБ, ЦПАО или ПАО.

24. Материал на патологоанатомическую диагностику (цитологическое, гистологическое исследование) или труп больного для выполнения патологоанатомического вскрытия доставляются из организации здравоохранения с соответствующей маркировкой, направлением и предоставлением медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие.

25. В направлении на патологоанатомическую, цитологическую (цитопатологическую) диагностику четко обозначается:

- 1) наименование медицинской организации;
- 2) фамилия, имя, отчество, возраст и пол больного (трупа), номер медицинской карты амбулаторного или стационарного больного;
- 3) диагностический и операционный материал, доставленный на патогистологическое, цитологическое (цитопатологическую) исследование, должен быть тщательно маркирован с указанием фамилии и инициалов больного, номера медицинской карты стационарного больного или медицинской карты амбулаторного больного;
- 4) дата и время взятия материала;
- 5) количество направляемых объектов;
- 6) предполагаемый клинический диагноз;
- 7) проводимое или проведенное ранее лечение;
- 8) данные предшествующего патогистологического, цитологического (цитопатологического) исследования и других методов исследования;
- 9) фамилия, имя, отчество врача направившего материал на исследование;
- 10) другая информация важная для установления патологоанатомического (патогистологического) диагноза).

26. Взятие, консервация, маркировка биоматериала и оформление направительных документов (направление на морфологическое исследование операционного и биопсийного материала, протокол операции, выписка из медицинской карты) осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по соответствующим специальностям.

27. Прием, первичная сортировка и регистрация биоматериала, поступившего в патологоанатомическое отделение (лабораторию) осуществляется лаборантом-гистологом или медицинским регистратором ПАБ, ЦПАО или ПАО (лаборатории).

28. Вырезка, макроскопическое изучение и макроскопическое описание биоматериала производится врачом-патологоанатомом ПАБ, ЦПАО или ПАО (лаборатории). При необходимости получения дополнительной клинической информации на этапе макроскопического изучения биоматериала может привлекаться врач-специалист, направивший материал на исследование.

29. Лабораторная обработка биоматериала (окончательная фиксация, проводка, заливка, микротомия, окраска и заключение микропрепаратов, сортировка микропрепаратов) осуществляется лаборантом-гистологом ПАБ, ЦПАО или ПАО (лаборатории).

30. Микроскопическое изучение биоматериала и оформление протокола исследования производится врачом-патологоанатомом ПАБ, ЦПАО или ПАО (лаборатории).

31. Архивирование первичных материалов исследования и выдача результатов осуществляется медицинским регистратором или лаборантом - гистологом ПАБ, ЦПАО или ПАО (лаборатории).

32. Сортировка и подготовка к утилизации биологических и медицинских отходов осуществляется лаборантом-гистологом ПАБ, ЦПАО или ПАО (лаборатории).

33. Проведение прижизненных патоморфологических исследований биопсионного и операционного материала осуществляется в соответствии с Приложением № 4 к настоящему Стандарту.

34. Объем (количество кусочков) исследования операционного и биопсионного материала проводится в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Стандарту.

35. Проведение патогистологического исследования 1 блок-препарата секционного или операционного, биопсийного материала предусматривает расход реактивов и расходных материалов согласно перечню в соответствии с Приложением №6 к настоящему Стандарту.

36. Патологоанатомическое вскрытие проводится в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания осуществляется в соответствии с Приложением № 7 к настоящему Стандарту.

37. При проведении патологоанатомического вскрытия при карантинных заболеваниях и особо опасных инфекций и при подозрении на них используется оборудования согласно перечню в Приложении № 8 настоящему Стандарту и предусмотрена укладка для забора трупного материала на бактериологическое исследование в соответствии с Приложением № 9 к настоящему Стандарту.

38. При отсутствии подозрения на насильственную смерть и наличии письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни, выдача трупа разрешается без проведения патологоанатомического вскрытия, за исключением случаев материнской и младенческой смерти, досуточная летальность и смерть после хирургических и анестезиологических вмешательств, а также смерти от особо опасных инфекций, с выдачей документа, удостоверяющего факт наступления смерти, по форме, утверждаемой уполномоченным органом.

39. По требованию супруга (супруги), близких родственников или законного представителя умершего патологоанатомическое вскрытие

производится независимым экспертом в порядке, установленном уполномоченным органом.

40. Проведение патологоанатомической диагностики на уровне ПАБ, включает:

- 1) оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «патологическая анатомия»;
- 2) прижизненную морфологическую диагностику заболеваний по биопсийному, операционному материалу и последам;
- 3) динамический контроль эффективности лечения и прогностическую оценку заболеваний и патологических процессов на биопсийном, операционном материале и последах;
- 4) консультации по выбору методов исследований по биопсийному и операционному материалу;
- 5) посмертную диагностику заболеваний на аутопсийном материале с установлением причин и механизмов смерти пациентов;
- 6) консультативную помощь врачам других организаций и структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющим патологоанатомическую диагностику;
- 7) оценку качества диагностического и лечебного процесса путем клинико-анатомических сопоставлений на биопсийном, операционном и аутопсийном материале;
- 8) анализ заболеваемости и смертности по результатам прижизненных и посмертных патологоанатомических исследований;
- 9) адекватное методическое оснащение диагностического процесса для обеспечения современного уровня морфологической диагностики и наиболее полного удовлетворения запросов клиники;
- 10) освоение и внедрение в клиническую практику новых технологий морфологической диагностики и новых гистотехнологий;
- 11) разработку и внедрение в клиническую практику новых медицинских технологий, мероприятий, направленных на снижение трудоемкости лабораторных работ и повышение качества диагностики;
- 12) повышение профессиональной квалификации медицинских работников;
- 13) содействие и помощь медицинским образовательным организациям, научно-исследовательским медицинским учреждениям в научной и учебно-методической работе;
- 14) участие в организации и проведении научно-практических мероприятий по профилю «патологическая анатомия»;
- 15) оформление и ведение медицинской документации в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за № 6697) (далее - Приказ № 907);

16) выдачу медицинского свидетельства о смерти;

17) прием и сохранение операционного, биопсийного материала и последов до утилизации;

18) сохранение невостребованных трупов до захоронения;

19) предоставление в установленном порядке отчетов о деятельности ПАБ в уполномоченные органы.

41. Проведение патологоанатомической диагностики на уровне ЦПАО и ПАО включает:

1) прижизненную диагностику заболеваний с помощью исследований биопсийного и операционного материала;

2) проведение вскрытий умерших больных с макроскопическим и микроскопическим исследованием органов и тканей;

3) диагностику заболеваний путем проведения макроскопического и микроскопического, а при необходимости бактериологического, вирусологического, биохимического и других дополнительных исследований;

4) установление причины и механизма смерти больного, обеспечение достоверных данных о причинах смерти;

5) мониторинг качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов с обсуждением результатов с медицинским персоналом медицинских организаций;

6) подготовку и проведение совещаний и конференций врачей по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)», клинико-патологоанатомических конференций в медицинских организациях в соответствии с Приложением № 10 к настоящему Стандарту;

7) извещение уполномоченных органов в области здравоохранения (управления здравоохранения) о впервые выявленных случаях особо опасных инфекций, онкологических заболеваний;

8) анализа качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов, обсуждение результатов с медицинским персоналом прикрепленных организаций здравоохранения, а также в местных уполномоченных органах (управления здравоохранением).

9) выдачу медицинского свидетельства о смерти;

10) прием и сохранение операционного, биопсийного материала и последов до утилизации;

11) сохранение невостребованных трупов до захоронения;

12) оформление и ведение медицинской документации в соответствии с Приказом № 907.

4. Организация клинической цитологической диагностики в Республике Казахстан

42. Клиническая цитологическая диагностика (цитологические исследования операционного и биопсийного материала) оказываются в рамках ГОБМП в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» и обязательного социального медицинского страхования.

43. На должность врача клинического цитолога (цитопатолога) назначается врач имеющий диплом по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медикобиологическое дело», «Санитарно-гигиенический факультет», «Фармакология», прошедший повышение квалификации по клинической цитологии (цитопатологии) и имеющий стаж работы по специальности клиническая цитология до 2016 года более 5 лет и (или) имеющую первичную специализацию (или резидентуру) по специальности «Патологическая анатомия».

44. Клиническая цитологическая диагностика применяется при:

- 1) скрининге (профилактическом осмотре);
- 2) установлении (уточнении) диагноза при заболевании;
- 3) установлении (уточнении) диагноза во время операции;
- 4) контроле в ходе лечения и после лечения;
- 5) динамическом наблюдении (для раннего выявления рецидивов).

45. В функциональные обязанности врача клинического цитолога (цитопатолога) входят:

- 1) проведение всех видов цитологического исследования;
- 2) участие в получении и оценке биоматериала в совместной работе со специалистом УЗИ, эндоскопистом, хирургом и др., при наличии опыта (навыка) самостоятельно осуществляет пункционные биопсии;
- 3) принятие и указание цитотехнологу или лаборанту-цитотехнику о требуемых способах, методах окраски для данного биоматериала;
- 4) осуществление мониторинга, внутрилабораторного контроля качества, по необходимости оказание среднему персоналу методической помощь;
- 5) выбор специфических видов исследования, дополнительных методов окраски, при необходимости повторного исследования;
- 6) для клиницистов (по необходимости) проведение интерпретации результатов исследования;
- 7) постановка цитологического (цитопатологического) диагноза к конкретному случаю совместно с заведующим цитологической лабораторией или консультантом;
- 8) формирование заключений (при этом несёт ответственность) совместно с заведующим лабораторией (или консультантом профессором и др)

по результатам цитологического исследования при интраоперационных экспресс исследованиях или при сложных диагнозах (злокачественной опухоли, процессов, требующих специализированных методов лечения);

9) участие в клинических конференциях, разборе сложных случаев и в обсуждениях мультидисциплинарных диагностических групп, обоснования цитологического заключения для конкретного пациента;

10) повышение уровня квалификации, изучение и внедрения новых технологии и методов в свою практику, требования и организация условия для качественного исследования;

11) соблюдение правил и требования техники безопасности и охраны труда;

12) ответственность за материально-техническую сохранность цитологической лаборатории;

13) своевременное оформление и ведение учетно-отчетной документации в соответствии с Приказом № 907;

14) составление стандартов операционных процедур для среднего персонала и рабочие инструкции для медицинских организации по сбору, хранения и доставки биологического материала в цитологической лаборатории.

15) систематический анализ своей деятельности согласно стандартам ИСО МЭК 15189/2015;

16) участие в составлении годового отчета и представить их в установленные сроки, разработка на их основе мероприятий по дальнейшему совершенствованию;

17) соблюдение сохранности и конфиденциальности информации о пациенте.

46. На должность цитотехнолога назначается специалист лаборатории прошедший повышение квалификации по клинической цитологии (цитопатологии).

47. В функциональные обязанности цитотехнолога (специалиста лаборатории) входят:

1) оценка макроскопической характеристики поступившего биоматериала;

2) проведение цитологического исследования по определенному разделу работы и (или) выполнение функции менеджера лаборатории и специалиста по биобезопасности;

3) участие в освоение и внедрение новых методов диагностики;

4) контроль работы специалистов со средним медицинским образованием;

5) участие в проведении внутрилабораторного контроля качества;

6) анализ своей работы, участие в составлении годового отчета лаборатории;

7) участие в совещаниях, конференциях проводимых медицинской организации;

8) ответственность за санитарное состояние лаборатории и выполнение персоналом требований санитарно-эпидемиологического режима при работе с биологическими материалами.

48. Основной задачей цитологического (цитопатологического) исследования является прижизненное распознавание патологического процесса.

49. Цитологическим (цитопатологическим) методом проводят исследования:

- 1) пункционного материала;
- 2) пунктата, полученного тонкой иглой (тонкоигольная биопсия) из опухолей, опухолеподобных образований уплотнений любой локализации: головы, шеи, молочной и щитовидной желез, лимфатических узлов, костей, мягких тканей конечностей, кожи, легких, средостения, органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства;
- 3) эксфолиативного материала;
- 4) секрета, экскрета, отделяемого и соскобов с поверхности эрозий, язв, ран, свищей, мокроты, промывных вод, экссудатов, трансудатов;
- 5) эндоскопического материала (материала, полученного при бронхоскопии, катетеризации бронхов, эзофаго-, гастро-, дуодено-, лапаро-, ректоро- моно-, колоно- цистоскопии и других видов эндоскопического обследования при любой локализации патологического процесса;
- 6) биопсийного и операционного материала (исследование мазков - отпечатков, соскобов с биопсийных кусочков и операционного материала;
- 7) вагинального эпителия и уроцитогамм с целью определения эстрогенной насыщенности организма с подсчетом формулы и индексов созревания и другое.

50. К цитохимическим методам относят исследования материала на выявления специфических веществ (гликоген, липиды, ДНК, РНК, ферменты, определение полового хроматина) в клетках опухоли.

51. Проведение цитологических исследований включает:

- 1) макроскопическая оценка и обработка доставленного биоматериала полученного различными способами (эксфолиация, пункция, отпечаток, смыв, биологические жидкости и другое);
- 2) приготовление и окрашивание микропрепаратов с последующей микроскопией;
- 3) оценка результатов исследования и установление цитологического(цитопатологического) заключения;
- 4) проведение корреляции цитологических и гистологических заключений.

52. Порядок направления биопсийного и операционного материала, самопроизвольно выделившихся фрагментов и клеток тканей (далее – биоматериал) на цитологическое (цитопатологическое) исследование регламентируется внутренним приказом медицинской организации, в которой проводится забор биоматериала.

53. ЦЛ осуществляется учет биоматериалов для цитологических (цитопатологических) исследований (биопсийного, операционного, и другого материала), учетной единицей является 1 стеклопрепарат.

54. Цитологические исследования биоматериала, по показателям трудоемкости и сложности выполнения исследования в зависимости от нозологических форм и клинической ситуации, подразделяются на следующие категории сложности:

1) первая категория сложности: исследования цитологического материала, взятого при профилактических осмотрах у здоровых лиц: соскобы (с миндалин, шейки матки и цервикального канала, прямой кишки), осадок мочи, гормональное кольпоцитологическое исследование с определением типа мазка и др.;

2) вторая категория сложности: исследования при воспалительных и дистрофических процессах: мазки из шейки матки при кольпитах, эрозиях, простых лейкоплакиях, выделения из молочных желез, свищевого хода, исследование мокроты, жидкости из серозных полостей, мочи при неопухолевых поражениях, гормональная кольпоцитология с подсчетом индекса созревания и др.;

3) третья категория сложности: цитологические исследования при эндоскопии органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, аспираты из полости матки, пункции (молочной железы, лимфатических узлов, щитовидной железы, яичек, мягких тканей, костей, предстательной железы и др.), соскобы с кожи и слизистых оболочек при неопухолевых поражениях;

4) четвертая категория сложности: цитологические исследования независимо от локализации процесса и способа получения материала при клиническом или цитологическом диагнозе внутриэпителиальной неоплазии, прединвазивного или инвазивного рака, других предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолях;

5) пятая категория сложности: цитологические исследования при срочных интраоперационных, эндоскопических и пункционных исследованиях, лапароскопии, использование дополнительных методик (цитохимических, иммуноцитохимических и другое) для уточнения цитогенетической принадлежности опухоли, определение полового хроматина, пункционные биопсии (поджелудочной железы, печени, селезенки, почек, надпочечников, парашитовидных желез, легких, средостения, забрюшинного пространства, головного и спинного мозга, лимфатических узлов и другое).

55. Прием, первичная сортировка и регистрация биоматериала, поступившего в цитопатологическую лабораторию осуществляется лаборантом цитотехником.

56. Макроскопическое изучение, описание биоматериала производится цитотехнологом или цитотехником.

57. Микроскопическое исследование на первом этапе производится цитотехнологом, затем врачом цитопатологом. При необходимости получения дополнительной клинической информации на этапе микроскопического изучения биоматериала привлекается врач (профильный специалист), направивший материал на исследование.

58. Обработка биоматериала (приготовление, фиксация, окраска, заключение, сортировка цитологических микропрепаратов) осуществляется фельдшером-лаборантом, лаборантом-цитотехником, лаборантом ЦЛ.

59. Окончательное микроскопическое изучение мазков и оформление протокола результатов исследования (3-5 категории сложности) производится врачом-цитопатологом ЦЛ.

60. Архивирование первичных материалов и/или исследования и выдача результатов осуществляется медицинским регистратором или цитотехником ЦЛ.

Приложение 1
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Минимальный перечень материально-технического оснащения организаций и структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику*

№ п/п	Наименование медицинской техники, мебели и прочих изделий	Председционная и секционная	Патогистологическая лаборатория
		Количество изделий	Количество изделий
МТ	I. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА		
1	Весы электронные лабораторные		1
2	Весы настольные на 10 кг	1 на секционный зал	
3	Светильник медицинский бестеновой передвижной	1 на секционный зал	
4	Светильник медицинский бестеновой стационарный	1 на секционный стол	
5	Автомат для окраски цитологических микропрепаратов		1
6	Автомат для окрашивания тканей		1
7	Автомат универсальный для гистологической обработки тканей		1
8	Аппарат для заточки микротомных ножей		1
9	Баня водяная лабораторная с электрическим подогревом		1 на должность лаборанта гистолога
10	Весы равноплечные ручные до 1г и до 20 г (с разновесом)		1
12	Иономер		1
13	Лупа бинокулярная козырьковая		1

14	Микротом (санный или роторный)		1 на должность лаборанта гистолога
15	Микротом для больших срезов		1
18	Микротом криостатный		1
22	Микроскоп лабораторный бинокулярный с иммерсией		1 на должность врача патологоанатома
24	Микроскоп биологический бинокулярный с иммерсией исследовательский с цифровой фотонасадкой		на 5 должностей врача-патологоанатома
25	Микроскоп люминесцентный		1
26	Панель охлаждающая		1
27	Парафинонагреватель		1
28	Станция для заливки парафином		1
29	Стерилизатор для инструментов		1
30	Термостат для парафиновой заливки		1
31	Термостат электрический с водяной рубашкой		1
32	Термостат электрический сухо-воздушный		1
33	Центрифуга		1
34	Станция вырезки операционного материала		1
35	Станция по заливке срезов		1
36	Автомат для заключения срезов под покровные стекла		1
37	Аппарат для маркировки гистокассет		1
38	Аппарат для маркировки стекол		1
39	Инъекционный аппарат со встроенным центробежным насосом, электрическим мотором, инъекционным пистолетом (для бальзамирования трупов)	1	
40	Аквадистиллятор электрический		1
41	Отсасывающий аппарат со встроенным центробежным насосом, электрическим мотором, с собирающей емкостью и отсасывающим пистолетом	1	
42	Аппарат для дезинфекции	1	1

	поверхностей		
43	Оборудование для видеонаблюдения	1	
44	Автоматическая станция для окраски срезов и мазков		1
45	Цитоспин		1
	II. ПРОЧИЕ БОЛЬНИЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ		
1	Блюдо или кювета эмалированная (разные)		2 на гистологическую лабораторию
3	Ванна для секционного набора		2 на гистологическую лабораторию
4	Коробка стерилизационная круглая		1 на гистологическую лабораторию
5	Лупа ручная складная		1 на должность врача паталогоанатома
6	Носилки медицинские	1 на 100 умерших	
7	Пипетка глазная		**
8	Полоскательница эмалированная		**
9	Проектор мультимедийный		1 на гистологическую лабораторию
10	Станок для заточки инструмента	1 на секционный зал	
11	Тиски параллельные	1 на секционный стол	
12	Фотоаппарат цифровой		1 на гистологическую лабораторию
13	Холодильный шкаф для хранения операционных отходов		1 на гистологическую лабораторию
14	Холодильный шкаф для хранения трупов	2 на секционный зал	1 на гистологическую лабораторию

16	Электроплитка лабораторная 2-комфорочная с магнитной мешалкой		1
17	Ящик железный для хранения горючих реактивов		1 на гистологическую лабораторию
М М	III. МЕДИЦИНСКАЯ МЕБЕЛЬ		
1	Тележка (каталка) для перевозки и хранения трупов	3 на секционный стол	
2	Стол для весов		на каждые весы
3	Стол для микротомы		на каждый микротом
4	Стол для посуды (в моечной)		1 на гистологическую лабораторию
5	Стол секционный моечный передвижной	1	
6	Стол лабораторный		2 на каждую должность ф-лаборанта
7	Стол препаровочный (настольный) для вскрытия органов	1 на каждый секционный стол	
8	Стол секционный	1	
9	Столик передвижной для инструментов	1 на каждый секционный стол	
10	Шкаф лабораторный вытяжной		1 на 2 должности ф-лаборанта
11	Шкаф для архивных материалов		**
12	Шкаф для гистологических препаратов		**
13	Шкаф для музейных препаратов		**
14	Шкаф для реактивов (большой, малый)		**
15	Шкаф для реактивов малый		**
17	Шкаф для хранения операционного и биопсийного материалов		**
18	Шкаф для хранения трупных		**

	материалов		
20	Шкаф медицинский двустворчатый		**
21	Шкаф медицинский одностворчатый		1 на 1 должность ф-лаборанта
22	Шкаф сушильный		**
Примечания: * Структурной единицей для расчета мат.тех. оснащения является ПАО ** - по потребности			

Приложение 2
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Технические требования
к организациям здравоохранения, осуществляющим
патологоанатомическую диагностику

1. Патологоанатомические бюро (далее – ПАБ), централизованные патологоанатомические отделения (далее – ЦПАО), патологоанатомические отделения (далее – ПАО) размещаются в отдельно стоящем здании, имеют самостоятельную территорию или участок на территории организации (медицинская, научно – исследовательская, высшего учебного образования и другие), в структуре которой состоят.

2. Помещения ПАБ, ЦПАО и ПАО используются для деятельности структурных подразделений организации здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику.

3. Расстояние от отделения до палатных корпусов не менее 30 м, жилых и общественных зданий не менее 50м. ПАБ, ЦПАО (ПАО) изолируются от палатных корпусов и не видны из окон лечебных и родовспомогательных помещений, жилых и общественных зданий, расположенных вблизи больничного участка.

4. На территории ПАБ, ЦПАО (ПАО) не предусмотрены расположение объектов по оказанию похоронных услуг (похоронное бюро, магазины по продаже похоронных принадлежностей и другое).

5. Территория (участок) имеет по периметру зеленую защитную зону. Подъездные пути отдельные от медицинской организации. На территории предусмотрена площадка для дезинфекционной обработки автотранспортного средства.

6. Территория, подъездные пути, площадка для дезинфекционной обработки транспорта покрываются твердым покрытием с устройством уклонов для стока дождевых и талых вод. Водостоки и водосборники регулярно очищаются и содержатся в исправном состоянии.

7. Территория содержится в чистоте, ежедневно убирается, в летнее время поливается, в зимнее – очищается от льда, снега и посыпается песком, в ночное время освещается.

8. Для сбора мусора и медицинских отходов класса «А» используют металлические контейнеры с плотно закрывающейся крышкой, установленные на асфальтированной или бетонированной площадке.

9. Удаление мусора и бытовых отходов производится по мере их накопления, но не более чем на три четвертых емкости контейнера, и не реже одного раза в сутки.

10. ПАБ, ЦПАО (ПАО) обеспечиваются централизованными системами холодного и горячего водоснабжения, канализацией, отоплением. При их отсутствии в населенном пункте должны оборудоваться местные системы водоснабжения, канализации, отопления и предусматриваться установка водонагревателей.

11. Общая площадь патологоанатомических отделений определяется объёмом производимых исследований и количеством штатных единиц.

12. В ПАБ, ЦПАО (ПАО) предусматривается не менее трёх входов и выходов, два для раздельного приема и выдачи трупов, третий для пользования персоналом.

13. В ПАБ, ЦПАО (ПАО) должны предусматриваться следующие помещения: приема и хранения трупов; предсекционная, секционные, в том числе малая секционная, предназначенная для вскрытия и выдачи трупов людей, умерших от инфекционных заболеваний; ритуальных процедур и выдачи трупов; хранения фиксированного материала и другого имущества; санитарно-бытовые помещения для персонала. В ПАБ, ЦПАО (ПАО) дополнительно предусмотрены лаборатории для исследования секционного материала. Малая секционная имеет отдельный наружный вход с подъездными путями.

14. Помещения, связанные с транспортировкой трупов внутри здания, проведением вскрытия, обработкой и хранением нефиксированного секционного материала разделяются тамбуром или коридором от гистологической лаборатории, помещений для врачей и обслуживающего персонала, музея, санитарно-бытовых помещений.

15. Секционные помещения не граничат непосредственно с помещением выдачи трупов. Помещение, предназначенное для вскрытия трупов людей, умерших от инфекционных заболеваний имеет отдельный запасной наружный вход-выход.

16. Планировка дверных проемов и конструкция дверей в помещениях для хранения трупов, предсекционной, секционной, комнате для одевания трупов и в траурном зале обеспечивается свободный пронос носилок и проезд каталок.

17. Размещение помещений для хранения трупов допускается, в том числе, в подвальном и цокольном этажах здания отделения. Помещение для хранения трупов оборудуется холодильными установками, обеспечивающими температуру $+2^{\circ}\text{C}$ - $+4^{\circ}\text{C}$, средствами механизации для транспортировки трупов, стеллажами, полками или специальными сейфами. Хранение трупов на полу и вповалку не допускается. При хранении трупов на разных с секционным помещением этажах оборудуется лифт.

18. Покрытие пола устанавливается ровным из прочного, непроницаемого для грызунов материала, стойким к воздействию моющих и дезинфицирующих средств, удобным для транспортировки трупов на каталках. Пол в секционных помещениях имеет сток в канализацию или в специальный приемник для сточных вод.

19. Стены в секционной, предсекционной, комнате для хранения трупов облицовываются кафельной плиткой на всю высоту или покрываются другим влагостойким материалом. Потолок покрывается масляной краской. Углы и места соединения стен, пола и потолка в помещениях закругленные, без карнизов и декоративных украшений.

20. Секционное помещение должно оборудоваться трапами диаметром 10 сантиметров (далее - см.) с сетками. Трубопроводы для сточных вод должны подсоединяться к канализационной сети с установкой сеток-уловителей и устройством сифонов.

21. К секционным столам подводится холодная и горячая вода. Секционный стол должен оборудоваться перед стоком в канализацию, рабочее место у секционного стола должно оборудоваться деревянной решеткой.

22. В секционном помещении предусматривается умывальник с локтевым краном с подводкой холодной и горячей воды, кран для забора воды и слив для использованных вод при текущей влажной уборке.

23. Все сточные воды от отделения, при наличии в городе или поселке канализации с очистными сооружениями и устройством для обеззараживания, подлежат спуску в канализационную сеть.

24. При отсутствии централизованной канализации и сооружений для очистки и обеззараживания сточных вод устраивают местные очистные сооружения. Ямы для приема сточных вод бетонированы, имеют крышку и очищаются по мере накопления на две трети объема.

25. Каталки, носилки и другие приспособления для транспортировки трупов покрываются материалом, устойчивым к моющим и дезинфицирующим средствам.

26. Система отопления обеспечивает возможность регулирования подачи тепла в помещения, требующие различных тепловых режимов и влажности воздуха. Отопительные приборы гладкие и легко доступные для очистки.

27. Помещения отделения оборудуются естественной вентиляцией (фрамуги и форточки) и системой приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением и фильтром на выходе.

28. В патогистологической лаборатории оборудуются вытяжные шкафы с механическим побуждением, в секционных залах приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением.

29. В помещениях предусматривается естественное, общее и местное искусственное освещение. В секционном помещении искусственное освещение

обеспечивается бестеневыми светильниками. Для защиты от избыточной инсоляции оборудуются защитными устройствами.

30. Перед началом рабочего дня все помещения отделения проветриваются. В конце рабочего дня сосуды, содержащие летучие химические вещества, размещаются в вытяжной шкаф.

31. Полы ежедневно промываются горячей водой с моющими средствами, панели стен, двери по мере загрязнения. По окончании вскрытия и удаления трупа секционный стол, инструменты, чашки весов, раковины и ванны для промывки органов, решетки и полы моются холодной, затем горячей водой.

32. Ежедневно в помещениях проводится генеральная уборка, с использованием моющих и дезинфицирующих средств. После вскрытия трупов лиц, умерших от инфекционных заболеваний, проводится обязательная дезинфекция в концентрации в зависимости от вида инфекции.

33. Запас моющих и дезинфицирующих средств предусматривается исходя из объемов расхода на 3 месяца.

34. Одевание трупа производится в специально отведенной для этого комнате. Проведение ритуальных мероприятий в секционном помещении и хранилище трупов не допускается.

35. После перевозки и захоронения трупов, транспорт подвергается мойке и дезинфекции.

36. Захоронение (сжигание) невостребованных трупов производится медицинской организацией, откуда поступил труп или патологоанатомическим бюро по истечении 15 календарных дней с момента поступления трупа в прозектуру. Возможно передача невостребованных трупов в научных целях учебным организациям медицинского профиля.

37. Биологические отходы (плаценты, плоды менее 500 грамм и т.д.) утилизируются (сжигание, захоронение) в течение 10 календарных дней.

38. Для дезинфекции, дезинсекции и дератизации используются средства, разрешенные к применению на территории Республики Казахстан в соответствии с прилагаемыми к ним инструкциями и другими нормативными документами.

39. Патологоанатомическое отделение при соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции может быть сблокировано с лечебным корпусом стационара.

40. В отделении выделяются зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматриваются не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, вход в траурный зал). Помещения для вскрытия инфицированных трупов должны быть изолированными и иметь отдельный вход снаружи.

41. В патологоанатомическом отделении предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол, с запасным наружным входом.

42. Патоморфологические лабораторные подразделения размещаются в изолированных непроходных отсеках зданий. Помещение для забора материала располагают за пределами блока помещений для исследований. Размещение и состав помещений лаборатории (отделения) определяется с учетом требований санитарных правил по безопасности работы. Доставка материала в лаборатории из сторонних организаций осуществляется через самостоятельный вход.

43. Секционные столы изготовливают из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривается наличие трапа в полу секционной.

44. В состав санитарно-бытовых помещений входят: гардеробные, душевые, умывальные, туалет, помещения для приёма пищи, помещение для хранения специальной одежды и средств индивидуальной защиты. Гардеробные оборудуют раздельными шкафами для хранения специальной и личной одежды. Санитарно-бытовые помещения оборудованы по типу санитарного пропускника.

45. Отделение оснащается укладками для работы при вскрытии трупа при карантинной и особо опасной инфекции содержащими дезинфекционные и моющие средства, комплекты противочумных костюмов, 2 бака ёмкостью 25-50 литров, эмалированные вёдра, тазы, миски, кастрюли, аптечки с набором средств для личной профилактики (стрептомицин, пенициллин, тетрациклин по 2,5 млн. единиц), памятки «Порядок надевания и снятия противочумного костюма».

46. Для приёма пищи выделяют отдельные помещения. Персонал, связанный с вредными условиями труда, обеспечивается продуктами питания, выводящими вредными из организма (молоко, соки).

Приложение 3
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Минимальный перечень материально-технического оснащения
клинической цитологической лаборатории (отделения)

№ п/п	Наименования	Количество
1	Микроскоп бинокулярный	По количеству врачей цитологов(цитопатологов), цитотехнологов и цитотехников
2	Микроскоп бинокулярный с цифровой камерой	1 на 3 врачей цитологов (цитопатологов)
3	Бинокулярный микроскоп с демонстрационной насадкой на 6 человек	1 на лабораторию
4	Микроскоп с люминисцентной насадкой	1 на лабораторию по требованию
5	Микроскоп для телецитологии(онлайн микроскопия)	1 на лабораторию по требованию
6	Мультистейнер для цитологических стеклопрепаратов	1 на лабораторию
7	Стеклопокрыватель автоматический	1 на лабораторию
8	Цитоцентрифуга мин на 6 пробирок	1 на лабораторию
9	Центрифуга лабораторная ОПН 3	1 на лабораторию
10	Аппарат для жидкостной цитологии	Минимально 1 по требованию 2 и более
11	эжектор	По количеству аппаратов жидкостной цитологии
12	шейкер	1 на лабораторию
13	дистиллятор	1 на лабораторию

14	термостат	1 на лабораторию
15	Батарея для окрашивания стеклопрепаратов	100 штук
16	Корзина (стеклодержатель на 10 предметных стекол)	20 штук
17	Штатив бокс для стеклопрепаратов(для 100 стеклопрепаратов)	50 штук
18	Гигрометр	по необходимости
19	Фармацевтический холодильник	1 на лабораторию
20	Батарея для окрашивания стеклопрепаратов	100 штук

Приложение 4
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Прижизненное патоморфологическое исследование
биопсийного и операционного материала

1. Порядок направления биопсийного и операционного материала, последов и самопроизвольно выделившихся фрагментов тканей (далее – биоматериал) на патогистологическое исследование регламентируется внутренним приказом медицинской организации, в которой берется биоматериал.

2. Ответственность за правильность оформления направления, фиксацию и доставку биоматериала несет заведующий клиническим отделением, откуда поступает материал.

3. Порядок учета материалов патологоанатомических исследований (биопсийного, операционного и аутопсийного материала):

1) учетной единицей патоморфологического исследования биоматериала является один объект (один кусочек ткани, полученный в результате однократной диагностической или лечебной манипуляции или операции, залитый в один парафиновый или замороженный блок), обработанный одной окраской или реакцией;

2) уникальный регистрационный номер присваивается каждому объекту. На каждом гистологическом препарате проставляется регистрационный номер, идентичный уникальному регистрационному номеру соответствующего блока. При необходимости выполнения нескольких окрасок (реакций) с одного блока, к уникальному регистрационному номеру микропрепарата, соответствующего номеру блока, добавляются дополнительные буквенные или цифровые идентификаторы окрасок (реакций);

3) регистрация биоматериала осуществляется в «Журнале регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов морфологических исследований».

5. Биоматериал по показателям трудоемкости (затраты рабочего времени) и объемам прямых затрат на выполнение исследований при различных нозологических формах и клинических ситуациях подразделяется на следующие категории сложности:

- 1) биопсийный и операционный материал первой категории сложности;
- 2) биопсийный и операционный материал второй категории сложности;
- 3) биопсийный и операционный материал третьей категории сложности;

4) биопсийный и операционный материал четвертой категории сложности;

6. Биопсийный и операционный материал первой категории сложности:

1) операционный материал при неосложненных формах неспецифического острого или хронического воспаления, при дистрофических процессах (кроме тезаурсимозов), при пороках развития;

2) грыжевые мешки при неущемленных грыжах;

3) дивертикулы желудочно-кишечного тракта (исключена – кишка при дивертикулёзе – см. вторую категорию сложности);

4) желудок при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;

5) желчный пузырь при неструктивных формах холецистита или травме;

6) аппендикс при неструктивных формах аппендицита, без мезентериолита;

7) кишка при травме;

8) пищевод при стриктурах ожоговой или травматической природы;

9) конечности при травме, посттравматическом воспалении;

10) селезенка при травме;

11) ткань свищевых ходов и грануляций;

12) стенки раневых каналов;

13) анальные трещины;

14) грыжи диска позвоночника;

15) тромбы и эмболы;

16) яичники без опухолевого процесса при раке молочной железы.

7. Биопсийный и операционный материал второй категории сложности:

1) операционный материал при осложненном остром или хроническом воспалении с распространением процесса на окружающие ткани (исключено гранулематозное воспаление – см. третью категорию сложности);

2) операционный материал при патологии артерий и вен

3) соскобы при маточной беременности, при искусственном и самопроизвольном прерывании беременности (исключены при дисфункции, воспалении, опухолях – см. четвертую категорию сложности);

4) маточные трубы при трубной беременности;

5) кишка при инвагинации, дивертикулёзе, атеросклеротической гангрене, венозном тромбозе, кишечной непроходимости (исключена кишечная непроходимость при опухолях);

6) грыжевые мешки при ущемленных грыжах;

7) желчный пузырь при деструктивных формах холецистита;

8) аппендикс при деструктивных формах аппендицита и/или с мезентериолитом;

9) воспалительные изменения придатков матки;

10) кисты яичников – фолликулярные, желтого тела, эндометриоидные (исключены серозные и муцинозные опухоли – см. третью категорию сложности), склерокистозные яичники;

11) эпюлиды;

12) аллергические полипы придаточных пазух носа;

13) миндалины (при тонзиллитах), аденоиды, слюнные железы при банальном воспалении;

14) желудок при язвенной болезни желудка;

15) резецированные костные и мягкие ткани при остеомиелите;

16) варикозное расширенные вены;

17) конечности при гангрене установленной этиологии (неустановленной этиологии – третья категория сложности);

18) аневризмы сосудов;

19) фрагменты сосудов после пластики;

20) геморроидальные узлы;

21) внутричерепные гематомы;

22) эндометриоз внутренний и наружный.

8. Биопсийный и операционный материал третьей категории сложности:

1) операционный материал при инфекционных заболеваниях; при гранулематозном воспалении при дистрофических процессах (тезауризмах);

2) операционный материал при доброкачественных или злокачественных опухолях различной локализации ясного гистогенеза, при неонкологических заболеваниях глаза;

3) послед;

4) операционный или биопсийный материал при доброкачественных опухолях разной локализации ясного гистогенеза;

5) операционный или биопсийный материал при злокачественных опухолях разной локализации ясного гистогенеза с инвазией и метастазами (в лимфатические узлы);

6) операционный или биопсийный материал при серозных и муцинозных опухолях яичников;

7) полипы цервикального канала, эндометрия (без дисплазии);

8) операционный или биопсийный материал при фиброзно-кистозной болезни молочной железы без дисплазии, фиброаденомах молочной железы, маститах;

9) операционный или биопсийный материал при аденоматозной гиперплазии предстательной железы (без дисплазии).

9. Биопсийный и операционный материал четвертой категории сложности:

1) диагностические (эндоскопические, лапароскопические, инцизионные) биопсии разных органов; биопсии и соскобы цервикального канала и слизистой матки при дисфункциях, воспалении, опухолях;

2) операционный материал шейки матки при дисплазии;

3) при пограничных или злокачественных опухолях, требующих уточнения гистогенеза или степени инвазии, стадии прогрессирования;

4) срочные интраоперационные биопсии: биопсии разных органов и тканей, биопсии и соскобы цервикального канала и слизистой матки при дисфункции, воспалении, опухолях;

5) операционный материал шейки матки при дисплазии и раке,

6) операционный материал при пограничных и злокачественных опухолях, требующий уточнения гистогенеза, степени инвазии, стадии прогрессии;

7) при прорастании опухоли в окружающие ткани и органы (исключены случаи, вошедшие в третью категории сложности).

8) диагностические пункционные биопсии различных органов и тканей; биопсии (эндоскопические, лапароскопические, инцизионные) и операционный материал при иммунопатологических процессах; опухолях и опухолеподобных поражениях;

9) иммунопатологические процессы (васкулиты, ревматические болезни, аутоиммунные болезни);

10) опухоли и опухолеподобные поражения кожи, костей, глаза, мягкотканые, мезотелиальные, нейроэктодермальные и менингососудистые, эндокринные и нейроэндокринные опухоли,

11) опухоли и опухолеподобные поражения кроветворной и лимфоидной ткани.

10. К биопсийному и операционному материалу четвёртой категории сложности относится любой материал, потребовавший декальцинации, применения гистохимического, бактериоскопического, иммуногистохимического, молекулярно-генетического, молекулярно-биологического, электронно-микроскопического методов исследования.

11. Порядок направления биоматериала в патологоанатомическое отделение (лабораторию): кусочки (фрагменты) органов и тканей, взятые с диагностической целью (диагностические биопсии), органы и ткани, удаленные при хирургических операциях (операционные биопсии), а так же последы и самопроизвольно выделившиеся фрагменты тканей подлежат обязательному направлению на патоморфологическое исследование. Запрещается делить материал на части для одновременного направления в разные патологоанатомические отделения (лаборатории). В протоколе операции делается отметка об удалении тканевых фрагментов и их направлении на патоморфологическое исследование.

12. Материал для патоморфологического исследования доставляется в патологоанатомическое отделение (лабораторию) с соответствующей маркировкой и «Направлением на патогистологическое исследование биопсийного (операционного) материала». Направление заполняется лечащим врачом или врачом, осуществляющим забор материала для исследования. Наличие в медицинской организации электронного документооборота не

исключает необходимость использования направления на патогистологическое исследование или его аналога, полученного при распечатке из электронных баз данных.

13. Направление на патогистологическое исследование операционного и биопсийного материала заполняется в двух экземплярах. Первый экземпляр направления с копией протокола гистологического исследования остается в архиве лаборатории. Второй экземпляр направления с оригиналом протокола патоморфологического исследования передается в направившую медицинскую организацию (подразделение медицинской организации).

14. Биоматериал доставляется в герметично закрытой емкости (контейнере) с фиксирующей жидкостью (10% забуференный формалин). Запрещается применение фиксаторов, не согласованных с патологоанатомическим отделением (лабораторией). Материал должен быть тщательно маркирован. Рекомендуется использование специальных контейнеров и бирок (этикеток).

15. Фиксированный биоматериал доставляется в патологоанатомические отделение (лабораторию) в срок до 1 суток с момента забора материала.

16. Нефиксированный биоматериал для срочного (интраоперационного) исследования доставляется в патологоанатомические отделение (лабораторию) немедленно после взятия.

17. При больших объемах резекций операционный материал доставляется в патологоанатомические отделение (лабораторию) в нефиксированном виде в течение 1 часа после окончания медицинского вмешательства.

18. При нарушении установленных правил фиксации, маркировки и сроков доставки материал исследованию не подлежит.

19. Прием биоматериала в патологоанатомическом отделении (лаборатории) осуществляет лаборант гистолог или медицинский регистратор.

20. При приеме биоматериала выполняются следующие стандартные технологические операции:

- 1) проверка правильности и полноты заполнения направления;
- 2) проверка качества фиксации биоматериала;
- 3) проверка соответствия маркировки материала данным направления;
- 4) регистрация биоматериала в регистрационном журнале;
- 5) внесение даты поступления биоматериала в патологоанатомическое отделение (лабораторию) в протокол патоморфологического исследования;
- 6) внесение уникального регистрационного номера в протокол патоморфологического исследования;
- 7) первичная сортировка биоматериала и подготовка его к вырезке.

21. Макроскопическое изучение биоматериала осуществляет врач-патологоанатом при участии лаборанта-гистолога.

22. При макроскопическом изучении биоматериала выполняются следующие стандартные технологические операции:

- 1) макроскопическое изучение биоматериала;

2) внесение текста макроскопического описания в протокол патоморфологического исследования;

3) взятие образцов (объектов) для дальнейшего исследования (вырезка) производящееся таким образом, чтобы обеспечить максимально полное представление о морфологии патологического процесса, его распространенности, и соответствовать современным стандартам. Количество кусочков, необходимое для проведения гистологического исследования, определяется врачом-патологоанатомом;

4) маркировка объектов, взятых для дальнейшего исследования (присвоение каждому объекту уникального регистрационного номера);

5) подсчет количества объектов, взятых для дальнейшего исследования;

6) внесение данных о количестве объектов, взятых для дальнейшего исследования, в протокол патоморфологического исследования;

7) внесение данных о количестве объектов, взятых для дальнейшего исследования, в регистрационный журнал;

8) определение стратегии дальнейшего исследования (ориентирование образца, выбор методики проводки, назначение дополнительных окрасок);

9) внесение данных о назначенных окрасках в протокол патоморфологического исследования;

10) обеспечение дополнительной фиксации объектов, взятых для дальнейшего исследования;

11) сортировка образцов (объектов) в зависимости от выбранной методики проводки.

23. Проводку взятых для дальнейшего исследования образцов выполняет лаборант-гистолог.

24. При проводке осуществляются следующие стандартные технологические операции:

1) замена реагентов, используемых для проводки;

2) выбор программы (методики) проводки в соответствии с назначением врача-патологоанатома, определяемом при вырезке;

3) контроль хода выполнения программы (методики) проводки.

25. Заливку образцов выполняет лаборант-гистолог.

26. При проводке осуществляются следующие стандартные технологические операции:

1) Маркировка блоков (нанесение уникального регистрационного номера, соответствующего уникальному регистрационному номеру объекта);

2) ориентирование образца в заливочной форме. Заливка в один блок нескольких объектов (кусочков ткани) не допускается, за исключением соскобов эндометрия, цервикального канала и материала трансуретральных резекций мочевого пузыря и предстательной железы;

3) монтирование блоков;

4) охлаждение блоков.

27. Микротомию образцов выполняет лаборант-гистолог.

28. При микротомии осуществляются следующие стандартные технологические операции:

1) маркировка предметных стекол (нанесение уникального регистрационного номера, соответствующего уникальному регистрационному номеру объекта и блока- препарат);

2) изготовление тканевых срезов;

3) монтирование тканевых срезов на предметном стекле;

4) высушивание тканевых срезов на предметных стеклах.

29. Окраску микропрепаратов выполняет лаборант-гистолог.

30. При окраске микропрепаратов осуществляются следующие стандартные технологические операции:

1) окраска микропрепаратов;

2) заключение микропрепаратов;

3) высушивание микропрепаратов;

4) сортировка микропрепаратов.

31. Микроскопическое изучение материала осуществляет врач-патологоанатом.

32. При микроскопическом изучении материала выполняются следующие стандартные технологические операции:

1) микроскопическое изучение микропрепаратов;

2) внесение текста микроскопического описания в протокол патогистологического исследования;

3) внесение текста заключения в протокол патогистологического исследования, при необходимости – дополнительных замечаний и рекомендаций ;

4) при необходимости врач-патологоанатом консультирует препараты внутри патологоанатомического отделения (лаборатории) или ставит вопрос перед руководителем подразделения о необходимости консультации со специалистами-патологоанатомами других организаций.

33. Архивирование первичных материалов и протоколов исследований выполняет медицинский регистратор (архивариус).

34. При архивировании осуществляются следующие стандартные технологические операции:

1) внесение даты исследования;

2) выдача протоколов патогистологических исследований;

3) архивирование копий протоколов патогистологических исследований;

4) архивирование первичных материалов исследования (микропрепараты, блоки);

5) извлечение первичных материалов исследований из архива при необходимости;

6) выдача первичных материалов исследований из архива производится по письменному запросу пациента или его законного представителя, письменному запросу иной медицинской организации в связи с проведением

обследования, лечения пациента, медицинских экспертиз, медицинских освидетельствований и в иных случаях, связанных с оказанием пациенту медицинской помощи, запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. Запрос остается в патологоанатомическом отделении (лаборатории). Выданные из архива гистологические препараты и блоки после пересмотра подлежат возврату в архив патологоанатомического отделения (лаборатории);

7) регистрация случаев выдачи первичных материалов исследований из архива в специальном журнале, порядок и форма ведения которого определяется руководителем медицинской организации;

8) регистрация случаев возврата первичных материалов исследований, ранее выданных из архива;

9) выдача копий протоколов патологоанатомических исследований биопсийного и операционного материала производится только по письменному запросу пациента или его законного представителя, письменному запросу иной медицинской организации в связи с проведением обследования, лечения пациента, медицинских экспертиз, медицинских освидетельствований и в иных случаях, связанных с оказанием пациенту медицинской помощи, запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством. Запрос остается в патологоанатомическом отделении (лаборатории). Выдача копий регистрируется в специальном журнале, порядок и форма ведения которого определяется руководителем медицинской организации;

10) наличие в медицинской организации электронного документооборота или лабораторной информационной системы не исключает необходимость ведения журнала.

11) персонал патологоанатомического отделения (лаборатории) несет ответственность за правильность приема, регистрации, качество лабораторной обработки и сохранность принятого на исследование биоматериала. Контроль за действиями персонала возлагается на руководителя структурного подразделения. В случае нарушения установленного порядка работы с биоматериалом наступает дисциплинарная ответственность, определяемая правилами внутреннего распорядка медицинской организации.

35. Сроки выполнения гистологических исследований биопсийного и операционного материала с момента поступления материала в отделение (лабораторию):

1) срочные (интраоперационные) биопсии (одного объекта) – в срок до 30 минут;

2) последы – в срок до 5 рабочих дней;

3) диагностические биопсии, не требующие декальцинации и сложных дополнительных методов морфологического исследования (иммуноморфологического, электронно-микроскопического и других) – в срок до 5 рабочих дней;

4) операционный материал – в срок до 7 рабочих дней;
5) плановые биопсии, требующие декальцинации и применения сложных дополнительных методов морфологического исследования – в срок до 10 рабочих дней;

б) превышение установленных сроков исследований возможно при необходимости дополнительного забора операционного материала, привлечения дополнительных методов исследования и/или консультаций.

36. Сроки выполнения цитопатологических исследований биопсийного и операционного материала с момента поступления материала в лабораторию:

1) срочные (интраоперационные) биопсии (одного объекта) – в срок до 20 минут;

2) профосмотры и скрининговые исследования – в срок от 1 до 15 рабочих дней, в зависимости от загруженности лаборатории;

3) диагностические пункционные биопсии, не требующие сложных дополнительных методов морфологического исследования (иммуноцитохимического, цитохимического, флюоресцентная гибридизация – фиш тест, другие) – в срок до 2 рабочих дней;

4) плановые диагностические цитологические исследования, требующие применения сложных дополнительных методов морфологического исследования – в срок от 2 до 3 рабочих дней;

5) превышение установленных сроков исследований возможно при необходимости дополнительного забора материала, привлечения дополнительных методов исследования и/или консультаций.

37. Сроки хранения первичных материалов исследований (гистологических препаратов, блоков, влажного архива):

1) «Влажный» архив (в 10% нейтральном формалине) биоматериала может быть уничтожен по истечении 10 дней с момента выполнения патоморфологического исследования или сохранен для его использования в научных или учебных целях;

2) гистологические препараты (стеклопрепараты) биопсийного и операционного материалов хранятся в архиве постоянного хранения в течении определённого срока в зависимости от категории сложности:

а) первая категория - 1 год

б) вторая категория - 1 год

в) третья и четвёртая категория- 1 год; онкологический материал до 15 лет (только парафиновые блоки).

г) аутопсийный материал- 1 год

3) гистологические парафиновые блоки биопсийного и операционного материалов хранятся в архиве постоянного хранения в течении определённого срока в зависимости от категории сложности:

а) первая категория - 3 года

б) вторая категория - 3 года

в) третья и четвёртая категория- 3 года; онкологический материал до 15 лет.

г) аутопсийный материал - 3 года

38. Сроки хранения материалов цитопатологических исследований (микропрепаратов, первичного биоматериала в стабилизирующей жидкости, архива):

1) «Жидкостной материал» (в консерванте) биоматериал архивный материал, может быть уничтожен по истечении 30 дней с момента выполнения цитологического исследования или сохранен для его использования в научных или учебных целях в надлежащих условиях (нр. холодильник) до 120 дней;

2) стеклопрепараты, с цитологическим заключением - без опухолевых и предопухолевых изменений (при диагностических, профилактических цитопатологических исследованиях) -1год, при скрининговых исследованиях - 5 лет, с заключением- злокачественная опухоль или предрак – 15 лет.

39. Сроки хранения и выдачи документации патологоанатомических исследований биопсийного и операционного материала:

1) протоколы патологоанатомических и цитологических исследований биопсийного и операционного материала хранятся в течение 10 лет.

2) Протоколы исследований аутопсий в рукописном виде или в виде распечаток сохраняются независимо от наличия электронных баз данных в течение 10 лет;

3) «Журнал регистрации поступления биопсийного (операционного), аутопсийного, цитологического материала и выдачи результатов морфологических исследований» и алфавитные книги (журналы) биопсийных исследований, хранятся независимо от наличия электронных баз данных в течение 10 лет;

4) сроки хранения прочей учетной и отчетной документации патологоанатомического отделения (лаборатории) определяются внутренним регламентом медицинской организации, если иное не предусмотрено действующими нормативными документами.

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

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

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

64. Протоколы вскрытия для ознакомления родственникам не выдаются.

65. Копии протоколов вскрытия, цитологических исследований выдаются по требованию судебных органов, вышестоящих органов здравоохранения и для

научных разработок.

Приложение 5
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Объем исследования операционного и биопсионного материала

Наименование материала	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 другие пролиферирующие процессы	5-6
Удаленный комплекс женских половых органов	
злокачественные опухоли тела матки	4-5
фибромиомы	из каждого 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	2
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)	8-10
все обнаруженные неопухолевые заболевания 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 кроветворной 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
Плацента	
Кусочки плаценты вырезаются из центрального, парацентрального и периферических отделов, оболочек, пуповины в области прикрепления к плаценте и из центрального отдела	8-10
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, с участками дивертикул мочевого пузыря, удвоение, сужения, выше и ниже гидронефроз)	расположенные участки
Крипторхизм	2-3
Кисты, перекрут яичника	1-2
Варикоцеле	весь отрезок сосуда делится на несколько

	столбиков
Костная система (костно-хрящевые экзостозы на границе с костной тканью)	1-2 кусочка хряща

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.

Приложение 6
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Перечень реактивов и расходных материалов необходимых для
патогистологического исследования 1 блок-препарата секционного или
операционного, биопсийного материала

№ п/п	Наименование реактива	Расход на одно исследование
1.	Эозин натрия	0,015 г.
2.	Фуксин основной	0,015 г.
3.	Фуксин кислый	0,005 г.
4.	Судан III	0,005 г.
5.	Судан IV	0,005 г.
6.	Красная кровян. соль	0,005 г.
7.	Желтая кровян. соль	0,005 г.
8.	Железо хлорное	0,05 г.
9.	Уксусная кислота	0,1 г.
10.	Серная кислота	0,15 г.
11.	Соляная кислота	0,12 г.
12.	Азотная кислота	0,0025 г.
13.	Эфир	0,5 г.
14.	Ацетон	0,75 г.
15.	Глицерин	0,05 г
16.	Ксилол	15 г.
17.	Парафин	15,0 г.
18.	Histomix extra	15 г
19.	Муцикармин	0,005 г
20.	Метиленовый синий	0,0015 г
21.	Индигокармин	0,0015 г
22.	Конго Красный	0,0015 г
23.	Кармин	0,01 г.
24.	Масло вазелиновое	0,5 г
25.	Воск	0,5 г
26.	Формальдегид 40%	10 г.
27.	Хлороформ	20 г
28.	Спирт этиловый ректификованный 96,6°	20.0 г.

29.	Гематоксилин	0,015 г.
30.	Йодновато кислый натрий	0,02 г.
31.	Алюмокалиевые квасцы	0,02 г.
32.	Лимонная кислота	0,02 г.
33.	Алюминий хлорный	0,5 г.
34.	Полистерол	0,3 г
35.	Дибутил фталат	0,2 г.
36.	Бальзам пихтовый	0,03
37.	Среда для заключения препаратов Био Маунт	5 мл на 100 блоков
38.	Пикрофуксин	0,1г
39.	Окраска по Перлсу	1 набор на 100 блоков
40.	Набор для ШИК реакции	1 набор на 100 блоков
41.	Импрегнация серебром	1 набор на 100 блоков
42.	Вода дистиллированная	10 мл
43.	Масло иммерсионное	0,003 г
44.	Азур- эозин по Романовскому	1 г
45.	Декальцинирующий электролитный раствор	10 мл
46.	Окраска по Ван-Гизону	1 набор на 1000 блоков
47.	Крио спрей	15 мл
48.	Деол абсолют (заменитель этилового спирта)	20 г
49.	Киллик	0,1 мл
50.	Био-клир (заменитель ксилола)	5 мл
51.	Биопсийные мешочки	1 шт
52.	Биопсийные прокладки	1 шт
53.	Блоки деревянные, касеты	1 шт.
54.	Вата	1 г.
55.	Предметные стекла 75x25x2 мм	2 шт.
56.	Предметные стекла 76x26x1 мм	2 шт
57.	Покровные стекла 24x24 мм	4 шт.
58.	Бинт не стерильный 7x14	1 на 50 блоков
59.	Марля	0,15 м
60.	Гистокассеты	1 шт
61.	Сменные лезвия к ротационному микротому	1 шт на 20 блоков
62.	Металлические заливочные формы	1 шт на 100 блоков
63.	Заливочные кольца	1 шт
64.	Фильтр обеззоленный «синяя лента» d-12,5 см	1 шт

Приложение 7
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

**Правила
проведения патологоанатомических вскрытий**

1. Общие положения

1. Настоящие Правила проведения патологоанатомического вскрытия (далее - Правила) разработаны в соответствии с пунктом 3 статьи 56 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и определяют порядок проведения патологоанатомических исследований.

2. Патологоанатомическое вскрытие трупов проводится после констатации врачами биологической смерти, после предоставления медицинской карты стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного) с письменным распоряжением главного врача или его заместителя по медицинской (лечебной) части организации здравоохранения о направлении на патологоанатомическое вскрытие.

3. Медицинские карты стационарных больных на всех умерших за предшествующие сутки передаются в патологоанатомическое бюро (далее - ПАБ), централизованное патологоанатомическое бюро (далее - ЦПАО) и патологоанатомическое отделение (далее - ПАО) не позднее 10 часов утра дня, следующего после установления факта смерти.

4. На проведение патологоанатомического вскрытия пациента, умершего в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, приглашается его лечащий врач (врач профильной специальности, в том числе акушер-гинеколог, неонатолог и другие), фельдшер, акушерка или заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти.

5. Перед началом проведения патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом изучает медицинскую документацию, представленную для проведения патологоанатомического вскрытия, при необходимости, получает разъяснения у врачей-специалистов, принимавших участие в обследовании и лечении пациента.

6. Результаты патологоанатомического вскрытия оформляются в виде патологоанатомического диагноза. Патологоанатомический диагноз,

основанный на результатах патологоанатомического вскрытия, является заключительным.

7. Патологоанатомический диагноз включает: основное заболевание, осложнение основного заболевания, сопутствующее заболевание, комбинированное основное заболевание.

8. Комбинированное основное заболевание включает: конкурирующие заболевания, сочетанные заболевания, фоновое заболевание.

Болезнь или патологическое состояние, развившееся в результате оказания любых видов медицинской помощи, расценивается как ятрогения.

9. Медицинская карта стационарного больного или медицинская карта амбулаторного больного с внесенным в нее патологоанатомическим диагнозом не позднее десяти рабочих дней после патологоанатомического вскрытия передается в медицинский архив организации здравоохранения.

10. Случаи смерти больных в организациях здравоохранения подвергаются клинико-патологоанатомическому разбору.

11. В случаях наличия письменного заявления супруга (супруги), близких родственников или законных представителей умершего либо письменного волеизъявления, данного лицом при его жизни, выдача трупа разрешается без проведения патологоанатомического вскрытия, при отсутствии подозрения на насильственную смерть.

12. Отмена патологоанатомического вскрытия не допускается в случаях:

- 1) материнской и младенческой смертности;
- 2) смерти от особо опасных инфекций.
- 3) до суточной летальности
- 4) смерти после проведения хирургического вмешательства и в случае применения анестезиологического пособия

2. Проведение патологоанатомического вскрытия

13. Патологоанатомическое вскрытие проводится в целях установления причины смерти и уточнения диагноза заболевания со смертельным исходом.

14. Патологоанатомическое вскрытие осуществляется путем посмертного патологоанатомического исследования внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов.

15. В случаях внезапной смерти детей, не находившихся на диспансерном учете, вне организации здравоохранения, их трупы подлежат судебно-медицинской экспертизе.

16. Врач по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)», осуществляющий деятельность в сфере судебной медицины привлекается для консультативной помощи по договоренности с организациями здравоохранения.

17. В случаях внезапной смерти детей, находившихся на диспансерном учете, патологоанатомическое вскрытие производится врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)».

18. При подозрении на наличие признаков насильственной смерти, признаков потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача патологоанатомическое вскрытие прекращается.

Руководитель медицинской организации письменно сообщает о случившемся в судебно-следственные органы для решения вопроса о передаче трупа на судебно-медицинскую экспертизу.

Врач по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» принимает меры к сохранению тела, органов и тканей трупа для дальнейшей судебно-медицинской экспертизы. На произведенную часть патологоанатомического исследования составляется протокол, в конце которого указывается основание для дальнейшего производства судебно-медицинской экспертизы. О каждом случае прерванного патологоанатомического вскрытия врач-патологоанатом письменно извещает заведующего отделением, администрацию организации здравоохранения, где произошла смерть, сразу после прерывания вскрытия.

19. В случае обнаружения при проведении патологоанатомического вскрытия признаков острого инфекционного заболевания, пищевого или производственного отравления, необычной реакции на прививку врач по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» письменно извещает главного врача медицинской организации и посылает экстренное извещение в органы государственной санитарно-эпидемиологической службы, сразу же после их выявления.

20. При подозрении на наличие признаков особо опасных инфекционных болезней у умершего, мертворожденного или плода патологоанатомическое вскрытие осуществляется в изолированных помещениях патологоанатомического бюро (отделения), предназначенных для вскрытия таких трупов.

21. Главный врач и заведующий ПАО организуют вирусологическое (иммунофлюоресцентное) и бактериологическое исследование материалов вскрытия трупов в случаях подозрения на инфекционные заболевания.

22. Патологоанатомическое вскрытие по требованию супруга (супруги), близких родственников или законного представителя умершего производится независимым (независимыми) экспертом (экспертами).

23. В процессе вскрытия врач по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)», производящий вскрытие уточняет у лечащих врачей особенности течения болезни, лечения и обследования больного и дает необходимые пояснения по ходу вскрытия.

После завершения вскрытия с лечащими врачами обсуждаются итоги вскрытия, выносятся суждения о патологическом процессе, диагнозе,

непосредственной причине смерти, совпадении или расхождении клинического и патологоанатомического диагнозов.

24. Медицинское свидетельство о смерти (предварительное, окончательное) оформляется врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия.

25. Результаты вскрытия оформляются в виде протокола патологоанатомического исследования по форме 013/у, утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее - протокол).

3. Проведение патологоанатомического вскрытия мертворожденных, умерших новорожденных и в случаях материнской смерти

26. Патологоанатомическому вскрытию подлежат все умершие в родовспомогательных и других организациях здравоохранения новорожденные дети (независимо от того, сколько времени после рождения наблюдались у них признаки жизни) и мертворожденные плоды с массой тела 500 грамм и более при сроке беременности 22 недели и более, в том числе после прерывания беременности (самопроизвольного, по медицинским и социальным показаниям) с обязательным патогистологическим исследованием плаценты и оформлением медицинского свидетельства о перинатальной смерти.

27. Плацента направляется вместе с умершим новорожденным или мертворожденным на патогистологическое исследование.

28. Главный врач родовспомогательной организации обеспечивает доставку в ПАБ, ЦПАО и ПАО: умершего новорожденного не позднее, чем через 12 часов после смерти, а мертворожденного не позднее, чем через 12 часов после родов.

29. В родовспомогательной организации заполняется направление на перинатальное вскрытие умерших новорожденных и мертворожденных с заключительным клиническим диагнозом.

30. Заведующий ПАО обеспечивает проведение вскрытия трупов умерших новорожденных и мертворожденных с обязательным полным патогистологическим исследованием образцов тканей и органов.

31. Данные вскрытия, патогистологического исследования, и исследования плаценты вносятся в протокол патологоанатомического вскрытия.

32. Главные врачи организаций здравоохранения и заведующие ПАО организуют необходимое вирусологическое и бактериологическое исследование материалов вскрытий умерших новорожденных, мертворожденных и плацент,

используя для этого соответствующие лаборатории организаций здравоохранения или органов государственной санитарно-эпидемиологической службы.

33. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (предварительное, окончательное) оформляется врачом по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» в день проведения патологоанатомического вскрытия.

34. Для унификации формулировки патологоанатомического диагноза умерших в перинатальном периоде наряду с результатами вскрытия трупов новорожденных и мертворожденных используются результаты патогистологического исследования плацент.

35. Патологоанатомическое исследование плаценты производится:

- 1) в случае мертворождения;
- 2) при всех заболеваниях новорожденных, выявленных в момент рождения;
- 3) в случаях, подозрительных на гемолитическую болезнь новорожденных;
- 4) при раннем отхождении вод и при грязных водах;
- 5) при заболеваниях матери протекающих с высокой температурой в последний триместр беременности;
- 6) при явной аномалии развития или прикрепления плаценты.

36. Патологоанатомическое исследование трупов умерших новорожденных и мертворожденных производится с учетом особенностей техники вскрытия трупов умерших новорожденных и мертворожденных.

37. Заведующий ПАО обеспечивает проведение полугодовых, годовых анализов перинатальной смертности.

38. В патологоанатомическом диагнозе и во врачебном свидетельстве о перинатальной смерти недоношенность не указывается как основная причина смерти.

39. Плоды массой менее 500 грамм подлежат обязательной регистрации с антропометрическими данными (масса, рост, окружность головы, окружность грудной клетки) и с последующей утилизацией.

40. Патологоанатомическое вскрытие плодов массой менее 500 грамм производится по требованию администрации организации родовспоможения.

41. В случаях прерывания беременности по медицинским показаниям по подозрению на наличие врожденных аномалий развития плод и плацента направляются на патологоанатомическое исследование.

42. Патологоанатомическое вскрытие производится во всех случаях материнской смертности врачами по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» высшей квалификационной категории с полным патогистологическим исследованием секционного материала, на базе ПАБ, ЦПАО и ПАО в течение 24 часов после наступления смерти.

43. При завершении всего комплекса патологоанатомических исследований все случаи материнской смерти подлежат клинико-патологоанатомическому разбору.

44. Патологоанатомический диагноз оформляется в соответствии с положениями, изложенными в международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

4. Проведение патологоанатомического вскрытия при карантинных заболеваниях и особо опасных инфекций и при подозрении на них

45. Вскрытие трупов больных, умерших от карантинных и особо опасных инфекций и при подозрении на них проводится в специальной прозекторской или отдельном изолированном помещении при дневном освещении, в исключительных случаях допускается вскрытие при искусственном освещении в присутствии консультантов по карантинным инфекциям (врачи областной или городской СЭС).

46. В помещении предусматривается санитарный пропускник, секционная с предсекционной, помещение для одевания трупов, обработки и подготовки к захоронению, отдельная холодильная камера. Помещение оснащается бактерицидными лампами.

47. При обнаружении на вскрытии изменений, подозрительных на карантинные инфекции, патологоанатом обязан временно, до прибытия консультантов - специалистов СЭС прекратить вскрытие, покрыть труп простыней без применения дезинфицирующих средств. Если одновременно проводилось вскрытие нескольких трупов, их вскрытие также прекращается.

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

49. О случае подозрительном на карантинную инфекцию сообщают персоналу, находившемуся вне прозекторской, для проведения дезинфекции и изоляции патологоанатомического корпуса, потребовать защитную одежду, растворы дезинфицирующих средств для экстренной профилактики.

50. 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.

51. Окна и форточки в секционной закрывают, запрещают вход и выход из нее. Обеспечивают защиту помещения от налета мух и сток промывных вод в емкости с дезинфицирующим раствором.

52. Вскрытие в случае летального исхода от чумы, легочной формы сапа, сибирской язвы или при подозрении на данные инфекции, производится в полном противочумном костюме 1 типа; от холеры, мелиоидоза, других форм сапа - в противочумном костюме 2 типа; от бруцеллеза и туляремии - без специального защитного костюма. Во всех случаях вскрытий дополнительно используют нарукавники и фартук из медицинской клеенки или полиэтиленовой пленки, и дополнительную пару резиновых перчаток высокой степени защиты.

53. В случае подозрения на геморрагические вирусные лихорадки вскрытие трупа не производится, осуществляют его захоронение или сжигание в крематории.

54. При поступлении в морг трупа лица, умершего от инфекционного заболевания, в том, числе особо опасных, карантинных заболеваний или подозрении на них, к трупу прикрепляется специальная бирка с соответствующей надписью: «холера», «чума» и другое.

55. При вскрытии под секционный стол устанавливают бак объемом не менее 10 л с 10% раствором лизола или 6% раствором хлорамина, у выхода из секционной комнаты - емкость с дезинфицирующим раствором и банку с ватными тампонами для обработки сапог дезинфицирующим раствором.

56. На секционном столе устанавливаются емкости с дезинфицирующим раствором, с ватными или марлевыми тампонами для обработки рук, инструментов, трупа, стола во время вскрытия. Вскрытие проводится патологоанатомом в присутствии консультантов специалистов.

57. До начала патологоанатомического осуществляется забор материала для бактериологического исследования. Посуда для забора материала, фиксатор, бумага, карандаш располагаются на отдельном столе и подаются помощником.

58. При вскрытии отключают сток, идущий от секционного стола в общую канализационную сеть. В случае, когда это невозможно, отверстие в столе плотно закрывают пробкой, стол накрывают медицинской клеенкой, обеспечивая слив стоков в отдельный бак емкостью не менее 10 л с 10% раствором лизола или 6% раствором хлорамина.

59. В процессе вскрытия стекающая кровяная сыворотка и все другие жидкие отходы обеззараживаются на месте вскрытия путем засыпания их сухой хлорной известью, твердые отходы – погружением в дезинфицирующий раствор.

60. При вскрытии трупа извлечение органов не допускается.

61. По завершении вскрытия в грудную и брюшную полости вкладывают марлю (вату или ветошь), смоченную дезинфицирующим раствором, и засыпают сухой хлорной известью или хлорамином. Труп зашивают обычным способом, обтирают дезинфицирующим раствором и укладываются в гроб, на дно которого насыпан слой хлорной извести толщиной не менее 10 см. Гроб изнутри обивают медицинской клеенкой. Швы обивки находятся на боковых

стенках гроба и накладываются сверху вниз во избежание затекания жидкости. Сверху на труп насыпают хлорную известь и крышку гроба забивают.

62. По завершению вскрытия все лица, принимавшие в нем участие, кроме прозектора и санитара, удаляются в соседнее помещение после предварительной обработки открытых частей тела дезинфицирующим раствором или 70% спиртом и подлежат изоляции, а помещение, инструментарий и одежда - обработке.

63. Прозектор и санитар снимают верхний халат и фартук, в котором проводили вскрытие, обрабатывают открытые части тела дезинфицирующим раствором или 70° спиртом и переодеваются в переданную защитную одежду.

64. Санитар проводит текущую дезинфекцию помещения прозекторской, инструментов. У дверей прозекторской кладется ветошь (коврик), смоченный дезинфицирующим раствором.

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

66. При подозрении, в ходе вскрытия на сибирскую язву, дезинфекция проводится одним из следующих средств, зарегистрированных на территории Республики Казахстан. На период экспозиции помещение опечатывается.

67. Инструменты обеззараживаются дезинфицирующими средствами или подвергаются автоклавированию в течение 30 минут при температуре плюс 120 градусов Цельсия и давлении 1,5 атмосферы.

68. Трупы выдается для погребения в заколоченном гробу под письменное обязательство родственников - отвезти тело из отделения на кладбище, умерших от сибирской язвы (выявленных при вскрытии) - в цинковом гробу, без права вскрытия гроба и завоза домой или в другие помещения.

69. Отделение, в котором находится труп лица, умершего от карантинных и особо опасных инфекций, охраняется. Специальная одежда и обувь, используемые для проведения вскрытия, хранятся в предсекционной в отдельном шкафу. Халаты и шапочки стирают по мере загрязнения, а фартуки, нарукавники и перчатки промывают и дезинфицируют после каждого вскрытия. При вскрытии инфицированного трупа все белье и специальная одежда перед стиркой замачиваются в дезинфицирующем растворе.

70. При захоронении специальная одежда работников и другое использованное белье подвергается стирке в собственной прачечной.

71. Стирка специальной одежды и белья на дому не допускается.

72. Для уборки и дезинфекции производственных и бытовых помещений выделяют специальный промаркированный уборочный инвентарь, который храниться отдельно.

5. Категории сложности патологоанатомических вскрытий, оформление патологоанатомического диагноза

73. Патологоанатомические вскрытия, в зависимости от сложности, делятся на следующие категории:

- 7) первая категория;
- 8) вторая категория;
- 9) третья категория;
- 10) четвертая категория.

74. К патологоанатомическим вскрытиям первой категории сложности относятся патологоанатомические исследования трупа при установленном клиническом диагнозе и отсутствии трудностей в трактовке танатогенеза и причины смерти.

К патологоанатомическим вскрытиям второй категории сложности относятся патологоанатомические исследования трупа при установленном клиническом диагнозе и наличии определенных трудностей в установлении сущности патологического процесса, танатогенеза и причины смерти.

К патологоанатомическим вскрытиям третьей категории сложности относятся патологоанатомические исследования трупа при установленном клиническом диагнозе, требующие дополнительных гистохимических методов исследования.

К патологоанатомическим вскрытиям четвертой категории сложности относятся патологоанатомические исследования трупа, требующие иммуногистохимических методов исследования.

75. При оформлении патологоанатомического диагноза по результатам патологоанатомического вскрытия врач по специальности «патологическая анатомия (взрослая, детская)» указывает:

- 1) основное заболевание;
- 2) осложнение основного заболевания;
- 3) сопутствующее заболевание;
- 4) комбинированное основное заболевание: конкурирующие заболевания, сочетанные заболевания, фоновое заболевание.

76. При расхождении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов врач по специальности «патологическая анатомия» (взрослая, детская) устанавливает категорию и причины расхождения указанных диагнозов.

77. Выделяются следующие категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов:

- 1) первая категория – случаи, при которых заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данной медицинской организации установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных трудностей в связи с тяжестью состояния больного, распространенности патологического процесса, кратковременности пребывания больного в данной

медицинской организации. Расхождения диагнозов первой категории отнесены к тем медицинским организациям, которые оказывали медицинскую помощь больному в более ранние сроки (на предыдущем этапе лечения) и имели объективные возможности правильной диагностики;

2) вторая категория – случаи, при которых заболевание было не распознано в данной медицинской организации в связи с недостатками в обследовании больного, при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающего влияния на исход заболевания, однако правильный диагноз должен быть установлен. Необходимо также при сличении клинических и патологоанатомических диагнозов выявлять случаи неправильного оформления клинического (заключительного) диагноза;

3) третья категория – случаи при которых неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что привело к летальному исходу.

78. К объективным причинам расхождений относятся:

- 5) тяжесть состояния больного;
- 6) атипичное течение заболевания;
- 7) редкость заболевания;
- 8) невозможность проведения дополнительных методов обследования из-за отсутствия необходимой медицинской аппаратуры;
- 9) кратковременность пребывания больного в стационаре (менее 1 суток).

79. К субъективным причинам расхождений следует отнести:

- 1) недоучет данных анамнеза (в том числе неполный сбор);
- 2) неверная трактовка клинических данных;
- 3) не дообследование больного (не проведенные электрокардиограмма, лучевая диагностика, эндоскопия, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия и другие методы дополнительных исследований);
- 4) неверная трактовка дополнительных методов исследования;
- 5) игнорирование результатов дополнительных методов исследования;
- 6) переоценка результатов дополнительных методов исследования;
- 7) диагностическая ошибка во время операции;
- 8) отсутствие консультаций необходимых специалистов;
- 9) переоценки мнения консультанта;
- 10) неправильное (непатогенетическое) построение и оформление заключительного клинического диагноза.

80. Все случаи ятрогенной патологии, выявленные в результате патологоанатомического вскрытия, подлежат подробному анализу с определением профиля и следующих категорий ятрогении:

1) первой категории - патологические процессы, необычные реакции, в том числе обусловленные неадекватными, ошибочными или неправильными медицинскими действиями, явившиеся причиной летального исхода; в патологоанатомическом диагнозе ятрогении первой категории выставляться на

первое место и оцениваться как первоначальная причина смерти (основное заболевание);

2) второй категории - патологические процессы и осложнения, обусловленные медицинским воздействием, проведенным по обоснованным и правильно выполненным показаниям, развитие их связано с индивидуальными особенностями и состоянием конкретного больного, они не находятся в прямой патогенетической связи с основным заболеванием, но не всегда отграничены от его осложнений. В патологоанатомическом диагнозе эти ятрогении занимают второе место в комбинированном основном заболевании или трактуются как осложнение основного заболевания или медицинского вмешательства;

3) третьей категории - патологические процессы, реакции, не связанные патогенетически с основным заболеванием или его осложнением и не играющие существенной роли в танатогенезе, они занимают в диагнозе место сопутствующего заболевания.

Приложение 8
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Перечень оборудования для вскрытия трупа
при карантинных и особо опасных инфекциях

Наименование	Количество
Секционный стол, обитый оцинкованным железом или белой жстью с бортами	1–2 шт.
Стол для инструментов и посуды для взятия материала	1 шт.
Препаровальный столик или препаровальная доска	1 шт.
Полный секционный набор (вскрывочный инструмент)	1 набор
Укладка для забора трупного материала	1 шт.
Комплект защитной одежды I типа –с клеенчатыми нарукавниками и фартуками	3 шт.
резиновые перчатками	5 пар
Шкаф для хранения инструментов, костюмов и другое	1 шт.
Гидропульт	1 шт.
Ведра эмалированные для приготовления дезрастворов	3 – 4 шт.
Баки 20-ти литровые для сточных вод от трупа	2 шт.
Баки 20-ти литровые для замачивания спецодежды	2 шт.
Тазы эмалированные для рук	2 шт.
Примус или электроплитка	1 шт.
Стерилизатор большой	2 шт.
Кастрюли большие для кипячения воды	2 шт.
Топор	1 шт.
Молоток	1 шт.
Веревка	12 м.
Набор стерильной посуды – банки широкогорлые 300,0 мл, 500,0 мл, 1000,0 мл; чашки Петри, предметные стекла, пробирки и другие	По потребности
Клеенчатые мешки для сбора использованной при выезде	3 шт.

спецодежды		
Брезентовые рукавицы		3 пары.
Дезинфицирующие коврики		4 шт
Дезинфицирующие средства:	5% – 8% раствор лизола	10л
	5% раствор карболовой кислоты	10л
	3% – 5% растворы хлорамина	10л
	лизол	2 кг
	хлорная известь	50 кг
	хлорамин	5 кг
	хлорофос	0,5 кг

Приложение 9
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Опись укладки для забора трупного материала
при карантинных заболеваниях на бактериологическое исследование

Наименование	Количество
Набор секционный	1 шт
Пинцет анатомический	1 шт
Ножницы	1 шт
Пипетки пастеровские с длинными концами (стерильные)	10 шт
Шприцы одноразовые	5 мл - 2 шт
Шприц одноразовые	10 мл – 2 шт
Иглы к шприцам с широким просветом	10 шт
Пробирки бактериологические (стерильные)	10 шт
Пробки резиновые №12, 14 (под пробирки, флаконы)	10 шт
Стекля предмтные, обезжиренные (с шлифованным краем)	50 шт
Банки стерильные широкогорлые с крышками на резьбе или притертыми пробками не менее 200мл	7-8 шт
Штатив складной, 8 - 20 гнезд	1 шт
Вата	50 гр
Спирт 960	250 мл
Спиртовка	1 шт
Коробка стерилизационная (среднего размера)	1 шт
Клеенка медицинская	2 м
Марля	1м
Нитки суровые или лигатура	0,5 м
Груша резиновая со шлангом	1 шт
Емкость для фиксатора	1 шт
Лейкопластырь	1 уп.
Блокнот простой карандаш	1+1
Полиэтиленовые пакеты	10 шт

Спички	1 коробка
Печать	1 шт
Пластилин	15 г
Бикс или металлический ящик для доставки проб в лабораторию	1 ш
Контейнер для доставки проб	1 шт
Инструкция по забору материала	1 шт
Бумага писчая	10 шт
Карандаш по стеклу	1 шт
Навески дезрастворов (хлорамин в пакете по 300 г рассчитанный на получение 10 литров 3% раствора или сухая хлорная известь в пакете из расчета по 200 г на 1 кг выделений, пергидроль на 10 л.)	
Направление на анализ (бланки)	10 шт
Емкость эмалированная на 10 л	2 шт
Миска эмалированная	2 шт
Таз эмалированный	2 шт

Приложение 10
к Стандарту организации
патологоанатомической диагностики
и клинической цитологии
в Республике Казахстан

Правила
проведения клинико-патологоанатомической конференции

1. Клинико-патологоанатомические конференции (далее – КПАК) являются формой работы врачебного персонала медицинских организаций и организаций здравоохранения, осуществляющих патологоанатомическую диагностику.

2. КПАК проводятся в строго регламентированное рабочее время.

3. Организует КПАК администрация медицинской организации по графику, согласованному с патологоанатомической службой.

4. Основной задачей КПАК является 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.

5. КПАК способствуют повышению общего профессионального уровня врачей медицинских организаций, предупреждению повторения ошибок и просчетов и не замыкаются на формальном сличении диагнозов.

6. Вопросы сличения клинического и патологоанатомического диагнозов решены до вынесения случая на клинико-патологоанатомическую конференцию.

7. На КПАК рассматривают:

1) секционные наблюдения представляющие научный или практический интерес;

2) материал, удаленный при хирургических вмешательствах,

3) наблюдения с типически протекавшими и редкими заболеваниями;

4) случаи лекарственной болезни и лекарственного патоморфоза;

5) все случаи смерти больных на операционном столе или вследствие врачебного вмешательства (например, после зондирования сердца, коронаро- или аортографии и т.п.);

6) все случаи смерти от аппендицита, пневмонии (как основного заболевания), острых инфекционных (особенно кишечных) заболеваний;

7) случаи, оставшиеся неясными после секции;

8) случаи ошибок в поликлинической, клинической диагностике, дефекты оказания медицинской помощи (в отношении сроков госпитализации, преемственности ведения и лечения больного в поликлинике, стационаре и др.);

9) все случаи запоздалой диагностики, когда правильный диагноз был поставлен в медицинской организации 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);

10) случаи смертельных исходов в связи с неправильным лечением;

11) правильно диагностированные, но сложные с точки зрения диагностики и лечения случаи;

12) случаи запоздалого диагноза осложнений основного заболевания, имевших значение для смертельного исхода, дефекты медицинской документации;

13) случаи смерти или ошибок клинической диагностики по биопсионному материалу;

14) анализ качества клинической диагностики и лечебной работы за год в данной медицинской организации, проведенный заведующим патологоанатомическим отделением (отделом общей патологии ПАБ) по патологоанатомическим материалам.

8. Руководство больниц выносит на КПАК и те случаи, разбор которых считает целесообразным.

9. Для проведения клиничко-патологоанатомической конференции приказом главного врача медицинской организации назначается председатель и его заместитель, а также секретарь конференции.

10. Председателем и заместителем председателя назначаются наиболее компетентные и опытные врачи, возможно назначение научных сотрудников совместным приказом главного врача, директора НИИ или учебного института.

11. Сопредседателями с равными правами на клиничко-патологоанатомической конференции являются представители кафедр патологической анатомии, руководитель патологоанатомического бюро (профессора, доценты) или заведующий патологоанатомическим отделением.

12. В крупных медицинских организациях практикуется проведение клиничко-патологоанатомических конференций в группах однопрофильных отделений. При этом председатель (или его заместитель) и секретарь остаются те же.

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

14. Для углубленного анализа обсуждаемого случая администрация медицинской организации приглашает незаинтересованного,

высококвалифицированного специалиста в качестве референта по данному случаю.

15. Объявление о проведение клинико-патологоанатомической конференции вывешивается за 7 дней вперед до дня ее проведения.

16. На обсуждение выносятся не более двух (как правило, один) случаев смерти больных.

17. Конференцию открывает один из сопредседателей.

18. Лечащий врач умершего больного докладывает участникам конференции все обстоятельства диагностики и лечения. Доклад сопровождается демонстрацией иллюстративного материала (рентгенограммы, схемы и графики изменений лабораторных показателей, ЭКГ, температуры и другое).

19. Лечащий врач объясняет конференции логику своего клинического мышления, смысл назначений, всю тактику помощи больному до его смерти, отвечает на все вопросы участников конференции, касающиеся разбираемого случая.

20. Патологоанатом, проводивший исследование трупа, докладывает материалы вскрытия и результаты дополнительных исследований (слайды, схемы, макропрепараты), патологоанатомический диагноз и эпикриз, аргументируя их клиническими и патологоанатомическими материалами, отвечает на вопросы участников конференции, касающиеся разбираемого случая.

21. Доклад референта содержит анализ случая, анализ действий лечащего персонала, анализ медицинских документов по данному случаю. Референт излагает свою версию развития патологических процессов и влияние на них проведенных медицинских мероприятий, о своевременности диагностических и лечебных мероприятий (в некоторых случаях до часов, минут), отвечает на вопросы участников, касающиеся разбираемого случая.

22. В ходе конференции отталкиваясь от версии референта, участники конференции обсуждают представленный случай. Выступления выдерживают стиль делового общения, заслушивают мнения участников о данном конкретном случае, тактике диагностики и лечения, допущенных ошибках и возможности их предупреждения в дальнейшей практике (доклад референта, выступления участников конференции не должны превращаться в отвлеченные доклады о заболеваниях, имевших место у умершего).

23. Заключение (решение) и подведение итогов конференции проводит один из сопредседателей. В случае, если председатель является лечащим врачом или заведующим отделением, где лечился умерший больной, подведение итогов осуществляет сопредседатель-патологоанатом.

24. Принципиально отличные мнения заносятся в протокол, который подписывается председателем и секретарем.

25. На КПАК не решается вопрос о дисциплинарных взысканиях.

26. Администрация медицинской организации анализирует материалы

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

27. Проведение общегородских КПАК предусматривает участие Управления здравоохранения и администрации медицинской организации для разбора случаев, представляющих особый интерес. Подобные конференции проводятся по вышеизложенным принципам.