

ОБЗОРЫ

УДК 616-091.0

3.3.4 Патологическая анатомия

DOI: 10.37903/vsgma.2022.3.5 EDN: BWNZUU

**К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА
© Дмитриев И.В.^{1,2}, Игнатова Н.Б.¹, Абросимов С.Ю.^{1,2}, Моисеенкова С.Д.¹**¹Смоленский областной институт патологии Россия, 214018, Смоленск, проспект Гагарина, 27²Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28*Резюме*

Цель. Уточнить формулировку рубрик перинатального патологоанатомического диагноза и предложить вариант его новой структуры.

Методы. Использовались концептуальный, процессный, ситуационный, экспертных оценок, логический и системный типы анализа.

Результаты. Проанализированы несколько вариантов структуры перинатального патологоанатомического диагноза и предложена его модифицированная структура, включающая 4 части: 1) Патология ребенка (плода). Основное заболевание: Коморбидные заболевания (фоновое или конкурирующее или сочетанное) – при наличии: Осложнения (основного и коморбидных заболеваний): Сопутствующие заболевания и состояния: 2) Патология последа. Основная, обусловившая смерть ребенка (плода): Способствующая смерти ребенка (плода): Прочая: 3) Патология матери. Основное заболевание или состояние, обусловившее смерть ребенка (плода): Способствующие смерти ребенка (плода): Прочие: 4) Обстоятельства смерти.

Заключение. Отсутствие утвержденной формы перинатального патологоанатомического диагноза создает проблемы при сличении его с клиническим диагнозом, при взаимодействии врачей разных профилей, при оценке качества медицинской помощи, при наличии претензий родственников по оказанию медицинской помощи, при взаимодействии больниц со страховыми компаниями, при судебных разбирательствах и т.д. Есть сложности и с анализом всего многообразия информации о патологии родов и ребенка, отраженной в этом диагнозе. После всестороннего обсуждения и достижения консенсуса по данному вопросу необходимо оформить законодательно одну из выбранных структур перинатального патологоанатомического диагноза. Все рубрики перинатального патологоанатомического диагноза желательно оформлять в нозологических формах, указанных в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с их кодами. При отсутствии в МКБ-10 нозологических форм и иных состояний или при необходимости дополнительной их расшифровки (в дополнение к МКБ-10) диагноз пишут в общепринятых терминах, согласно действующим клиническим классификациям.

Ключевые слова: перинатальный патологоанатомический диагноз, структура

TO THE ISSUE OF THE STRUCTURE OF PERINATAL PATHOLOGIC-ANATOMICAL DIAGNOSISDmitriev I.V.^{1,2}, Ignatova N.B.¹, Abrosimov S.Yu.^{1,2}, Moiseenkova S.D.¹¹Smolensk Regional Institute of Pathology, 27, Gagarina Av., 214018, Smolensk, Russia²Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia*Abstract*

Objective. Clarify the formulation of the headings of the perinatal pathological diagnosis and propose a variant of its new structure.

Methods. Conceptual, process, situational, expert assessments, logical and system types of analysis were used.

Results. Several variants of the structure of the perinatal pathological diagnosis were analyzed and its modified structure is proposed, including 4 parts: Perinatal pathological-anatomical diagnosis: 1) Pathology of the child (fetus). The main disease: Comorbid diseases (background or competing or combined) – in the presence of: Complications (main and comorbid diseases): Concomitant diseases and conditions: 2) Pathology of the afterbirth. Main, which caused the death of the child (fetus): Contributing to the death of the child (fetus): Other: 3) Pathology of the mother. Underlying disease or condition

causing the death of the child (fetus): Contributing to the death of the child (fetus): Other: 4) Circumstances of death.

Conclusion. The absence of approved form of perinatal pathological diagnosis creates problems in comparing it with a clinical diagnosis, in the interaction of doctors with different profiles, in assessing the quality of medical care, in the presence of claims of relatives in the provision of medical care, in the interaction of hospitals with insurance companies, in litigation, etc. There are difficulties with the analysis of the whole variety of information about the pathology of childbirth and the child, reflected in this diagnosis. After a comprehensive discussion and consensus on this issue, it is desirable to legislate one of chosen structures of perinatal pathological diagnosis. All headings of the perinatal pathoanatomical diagnosis should be formalized in nosological forms specified in ICD-10 with their codes. In case of nosological forms absence and other conditions in ICD-10 or if it is necessary to get their additional decoding (in addition to ICD-10), the diagnosis should be written in generally accepted terms, according to current clinical classifications.

Keywords: perinatal pathological-anatomical diagnosis, structure

Введение

Младенческая смертность это один из важнейших показателей социально-демографического развития страны, который характеризует в т.ч. и состояние системы здравоохранения. Государство в настоящее время уделяет огромное внимание её снижению. Только в строительство перинатальных центров вложены многие миллиарды рублей. И это дает эффект. Но для улучшения использования вложенных средств в данной сфере необходим постоянный подробный мониторинг всей имеющейся патологии у матерей и новорожденных, особенно в случае их смерти. К сожалению, этому мешает отсутствие официально утвержденной структуры перинатального патологоанатомического диагноза (ППД). Нет соответственно и официально утвержденной структуры перинатального клинического диагноза. При написании ППД, по сравнению с диагнозами у взрослых, перед патологом всегда стоит более сложная задача. Это связано с необходимостью детально и поэтапно исследовать не только всю медицинскую документацию по ребенку, но и по его матери на всех этапах её наблюдения, а также учесть изменения последа. Ведь эта проблема может рассматриваться только в рамках единой морфофункциональной системы мать-плацента-плод и никак иначе. После оформления окончательного ППД, его сличают с клиническим диагнозом ребенка с целью определения совпадения или расхождения диагнозов. И, если есть расхождение, то к какой категории оно относится. А как можно сравнить диагнозы с разной структурой? Непонятно на какие документы ссылаться при диалоге с клиницистами, если они оформили свой перинатальный диагноз по своему разумению в тех терминах и по той структуре, которые они считают целесообразными? Ответов на эти вопросы в доступных официальных документах нет. А при наличии расхождения диагнозов необходимо еще разобрать данный случай на разных уровнях, дать экспертное заключение. И все становится еще более сложным, если имеют место дефекты в оказании медицинской помощи. Ведь лечить можно только исходя из диагноза. Здесь мы уже нередко выходим за рамки медицины и вынуждены переходить в юриспруденцию, экономику, социологию и т.д. Но, к сожалению, законодательная база по данным направлениям в плане ППД крайне скудная.

Цель – уточнить формулировку рубрик перинатального патологоанатомического диагноза и предложить вариант его новой структуры.

Введение

Диагноз – это краткое заключение о состоянии здоровья пациента или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими классификациями и номенклатурой болезней. Требования к диагнозу: 1) иметь определенную структуру, т.е. отдельные рубрики; 2) каждая рубрика должна содержать нозологическую форму (при невозможности – синдром); 3) быть развернутым, т.е. по каждой патологии отражать её форму, тип, активность, стадию и функциональные нарушения; 4) опираться только на объективные факты обследования, изложенные в логическом порядке; 5) отражать динамику развития патологических процессов; 6) соответствовать международным номенклатуре и классификациям болезней.

За последние годы при написании диагноза изменилась концепция оформления рубрики «Основное заболевание». Ранее она могла быть написана в виде комбинированного основного заболевания по одному из трех типов: 1) одна нозологическая форма (монокаузальный тип); 2) две нозологических формы (бикаузальный тип), оформленных как два конкурирующих заболевания или два сочетанных, или как основное и фоновое; 3) три и более нозологических формы (мультикаузальный тип или полипатия). Но все эти несколько нозологических форм относились именно к основному заболеванию.

Однако более жесткие требования к работе с МКБ-10 по выбору и учету причин смерти населения, а также на основании определения «основного заболевания» данному в пункте 18 статьи 2 ФЗ-№323 [7] привели к невозможности наличия в рубрике «Основное заболевание» нескольких нозологических форм. Это повлекло за собой помимо рубрики «Основное заболевание» появление отдельной рубрики диагноза «Коморбидные заболевания», куда и записываются при необходимости или сочетанные, или конкурирующие или фоновые заболевания [4,8]. Таким образом, в настоящее время диагноз желательно оформлять следующим образом:

1) Основное заболевание: 2) Коморбидные заболевания (фоновые или конкурирующие, или сочетанные) – при наличии: 3) Осложнения основного и коморбидных заболеваний: 4) Сопутствующие заболевания:

Всем этим критериям и должен отвечать современный ППД. Он оформляется после аутопсии и заполнения «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти». В настоящее время не вызывает сомнения, что ППД должен структурно отличаться от диагноза в более поздние периоды развития индивидуума. Но какова структура ППД, какие рубрики он имеет? Большинство ученых, работавших по данной проблеме, предлагают обоснованные, хотя и отличающиеся друг от друга структуры ППД. Например, одни авторы [6] видят структуру ППД таким образом:

I. Патология ребенка (плода) 1. Основное заболевание. А. Единичная первоначальная причина смерти. Б. Комбинированное основное заболевание: а) два конкурирующих основных заболевания; б) два сочетанных основных заболевания; в) основное и фоновое заболевания. В. Полипатия. 2. Осложнение (осложнения). 3. Непосредственная причина смерти. 4. Сопутствующие заболевания.

II. Патология матери и последа (внешние причины) 1. Основное заболевание (состояние) матери, последа или внешняя причина, обусловившие первоначальную причину смерти ребенка (плода) 2. Другие заболевания или состояния матери, последа, способствующие смерти ребенка (плода). 3. Другие обстоятельства, имевшие отношения к смерти ребенка (плода).

В вышеописанном диагнозе написание отдельной рубрикой непосредственной причины смерти, с одной стороны, экономит время на поиск её при необходимости в «Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти», но с другой стороны непосредственная причина смерти обязательно пишется в рубрике «Осложнения» и обосновывается в клинико-патологоанатомическом эпикризе, т.е. имеет место дублирование информации. Так же в данном диагнозе уже в двух рубриках идет речь о причинах смерти, хотя и разных, но это помимо возможного отсутствия нозологической формы, может создать проблемы еще и с кодированием.

Другие исследователи [2] видят структуру ППД следующим образом: 1) основное заболевание (в т.ч. конкурирующее, фоновое, сочетанное): 2) реанимационная патология: 3) осложнения основного заболевания: 4) сопутствующие заболевания: 5) патология последа: 6) патология беременности и родов:

Это целесообразная схема диагноза, но в данном случае стоит подумать: стоит ли вводить рубрику «реанимационная патология»? Да, эта патология действительно важна в перинатальном периоде, но почему тогда её не ввести в другие возрастные периоды, когда её значение тоже велико? И вот вопрос: правильно проводимая, но длительная искусственная вентиляция легких для этих детей должна выноситься в диагноз или нет? И если пойти далее по этому пути, то появится рубрика «трансфузионная патология», а потом «хирургическая патология» и так далее. Ведь если мы беремся выхаживать ребенка с массой тела 500 г, а иногда и меньше, то понимаем, что большинство из этих детей скончались бы без медицинской помощи, т.е. воздействий на ребенка извне, влияние и степень которых нередко очень сложно оценить даже коллегиальными усилиями, в которых иногда принимают участие не только медицинские работники. Относительно рубрик «патология последа» и «патология беременности и родов», то желательна их детализация по степени влияния на летальный исход, в зависимости от указанных в них патологических процессов.

Некоторые исследователи [3] считают, что ППД должен выглядеть так: I. Патология ребенка (плода). 1. Основное заболевание. 2. Конкурирующие, сочетанные, фоновые заболевания (коморбидные заболевания — при наличии). 3. Осложнения основного (и коморбидных — при наличии). 4. Сопутствующие заболевания.

II. Патология последа. III. Патология матери, беременности и родов.

Это тоже приемлемая структура диагноза, но, как и в предыдущей структуре, возможно стоит в рубриках «Патология последа» и «Патология матери, беременности и родов» детализировать отдельными подпунктами патологические процессы, по степени их влияния на летальный исход ребенка.

Другие исследователи [1] предлагают иной вариант ППД: 1) Патология плода (новорожденного): 2) Патология последа: 3) Патология матери: 4) Патология беременности: 5) Патология родов.

Это неплохая схема ППД, но она также нуждается в существенной детализации каждой рубрики. При этом иногда сложно установить срок развития определенной патологии матери, т.е. до или во время беременности. И ещё нередко патология матери качественно трансформируясь переходит в патологию беременности.

Исходя из вышесказанного, предлагается следующая структура ППД из 4 взаимосвязанных частей. Перинатальный патологоанатомический диагноз: 1) Патология ребенка (плода). Основное заболевание: Коморбидные заболевания (фоновое или конкурирующее, или сочетанное) - при наличии: Осложнения (основного и коморбидных заболеваний): Сопутствующие заболевания и состояния: 2) Патология последа. Основная, обусловившая смерть ребенка (плода): Способствующая смерти ребенка (плода): Прочая: 3) Патология матери. Основное заболевание или состояние, обусловившее смерть ребенка (плода): Способствующие смерти ребенка (плода): Прочие: 4) Обстоятельства смерти:

Заполнение рубрики «Основное заболевание», касающееся патологии ребенка (плода), подразумевает внесение в неё только одной нозологической формы (как и у взрослых), что обусловлено требованиями МКБ-10 по выбору и статистическому учету причин смерти, нормативными документами [7] и отраслевыми рекомендациями [4,8].

Рубрика «Коморбидные заболевания» заполняется лишь при их наличии. В ней необходимо будет выбрать лишь одну из трёх вышеуказанных форм: «конкурирующие» или «фоновые» или «сочетанные» заболевания. При этом допустимо, но нежелательно записывать в выбранную рубрику несколько нозологических форм, т.к. при этом теряется сам смысл рубрикации диагноза. В рубрику «Обстоятельства смерти» записываются такие данные, как например, роды в машине скорой помощи, роды на дому и т.д. Ведь понятно, что роды на фельдшерско-акушерском пункте и роды в условиях перинатального центра – это разные роды в плане последствий для матери и ребенка, особенно если у них имелась какая-либо серьезная патология.

Если официально будет утверждена любая из вышеописанных схем ППД, то это повлечет и аналогичную структуру оформления заключительного клинического перинатального диагноза. Возможно, кому-то данная структура ППД покажется громоздкой, но с нашей точки зрения эта детализация изначально позволит клиницистам уже на этапе лечения четко определять взаимоотношения и роль различных патологических процессов в системе мать-плацента-плод. А патологам подробно анализировать все этапы танатогенеза, в том числе и с учетом воздействия внешних факторов. И плюс эта структура ППД максимально приближена к структуре «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».

Процессы подробного описания клинических и морфологических изменений в системе мать-плацента-плод с возможностью их компьютерной обработки идут и в общемировом масштабе. Так в дополнение к используемой в настоящее время МКБ-10 в 2016 г. опубликовано руководство «Применение ВОЗ Международной классификации болезней (МКБ-10) к случаям смерти в перинатальном периоде: МКБ-перинатальная смертность (МКБ-ПС)» [5]. Это сделано для согласования отчетности в разных странах на основе кодов матери и ребенка в контексте перинатальной смерти с уточнением времени её наступления. Применение МКБ-ПС позволяет более детально анализировать большинство патологических состояний в перинатальном периоде и своевременно разрабатывать меры их профилактики.

Вероятно, в перспективе стоит обсудить возможность написания диагнозов в терминах МКБ-10 (с учетом требований МКБ-ПС) с соответствующими кодами или без них (для состояний, не имеющих кода). Опасения, что при этом исчезнет индивидуальная патология каждого ребенка, сомнительны. Ведь никто не запрещает доктору после кода МКБ-10 написать подробный перечень

патологических процессов, согласно тем классификациям или клиническим рекомендациям, сторонником которых он является. При сохранении же теперешнего положения довольно сложно не только производить сопоставление диагнозов, но и оценивать лечебную тактику. Ведь часто доктора используют в диагнозах массу терминов из разных источников с датой их публикации, иногда отличающейся в десятки лет. При ситуации, когда термины в патологоанатомическом диагнозе и «Медицинском свидетельстве о перинатальной смерти» не совпадают, то возникают сложности в общении не только с клиницистами, но и с родственниками, а иногда и с правоохранительными органами. Тенденцию развития процессов в сторону унификации с кодированием подтверждает не только требование заполнять медицинские свидетельства о смерти только в терминах МКБ-10, но и указание ставить коды МКБ-10 в рубриках диагноза, появление МКБ-ПС, выход унифицированной электронной формы МКБ-10. Скорее всего, этот процесс будет прогрессировать и после введения в действие МКБ-11 в электронном варианте. Уже есть приказ Минздрава РФ N385 от 22.04.2021 о подготовке перехода на МКБ-11.

Если в МКБ-10 содержится около 14 тысяч нозологических единиц, то в одиннадцатой версии их будет около 55 тысяч. Хотя это резкое увеличение произошло не столько за счет заболеваний и их вариантов, сколько из-за появления множества сопутствующих факторов и крайне детализированной классификации «Предметов, живых существ или веществ, причастных к причинению вреда», а также новым разделам. Например, есть раздел «Коды расширения», специально предназначенный для подробного описания нозологических форм и состояний. Он содержит несколько подразделов, и в том числе «Состояние плода и новорожденного в контексте состояния матери». МКБ-11 может применяться в условиях цифрового здравоохранения и имеет интерфейс прикладного программирования. Еще одно преимущество МКБ-11, что она совместима с системами информационно-коммуникативных технологий, т.е. совокупностью средств, механизмов и способов, применяемых для автоматизированной обработки, сбора и хранения информации.

Конечно, на начальном этапе возможны определенные трудности с увеличением времени на оформление ППД, но постепенно это многократно окупит себя. В том числе при разработке клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи. Ведь в настоящее время государство использует лишь малую толику информации, заключенной в ППД, потому что её крайне длительно обрабатывать вручную.

Все вышеуказанные предложения, на наш взгляд, позволят использовать сразу многоуровневую систему классификации причин смерти (мать-послед-ребенок) с более развернутой информацией по каждому случаю смерти ребенка. При этом количество патологических состояний, которые привели к одной и той же причине смерти ребенка существенно расширится. Анализ данной информации позволит более качественно разрабатывать программы профилактики выявленной патологии и вырабатывать более правильную тактику диагностики и лечения ряда нозологических форм. Это в общегосударственном масштабе даст возможность целевым образом направлять ресурсы на требуемые в конкретной ситуации мероприятия по снижению материнской и детской смертности. Станет и гораздо проще работать с информацией, заключенной в диагнозе при анализе работы определенной больницы, научных исследованиях и т.д. В настоящее время на общероссийском уровне относительно доступна только информация из "Медицинского свидетельства о перинатальной смерти", на основе которой и принимаются все решения по данной проблеме. А вот анализ при помощи всех рубрик ППД иногда используется на региональном уровне, а чаще лишь в научных исследованиях или отдельных случаях претензий по качеству оказания медицинской помощи. Но на рецензию медицинские документы направляются в разные регионы страны. И здесь, судя по материалам судебной практики, все бывает очень индивидуально из-за множества объективных и субъективных причин. Ведь нечто само собой разумеющееся для патологоанатомов нередко вызывает вопросы даже у медицинских работников. А если дело доходит до судебных разбирательств, то тут уже играют роль не только слова, но и запятые, за которыми судьбы людей. Все вышеуказанные варианты структуры ППД имеют под собой достаточные основания, и каждая из них имеет свои плюсы и минусы. Одни из них лаконичны. Другие, наоборот, местами избыточно детализированы, но в целом любой из вариантов, после его обсуждения всеми заинтересованными сторонами, может быть отправной точкой для оформления в виде официального нормативного документа, естественно с соответствующими комментариями.

Дискуссии о структуре ППД идут длительное время, но до сих пор они не нашли своего выражения в официальных документах. Наличие же официально утвержденной структуры ППД позволило бы избежать ряда проблем медицинского, юридического, этического, финансового и социального характера, возникающих после смерти ребенка.

Выводы

1. Отсутствие утвержденной формы ППД создает ряд проблем: при сличении его с клиническим диагнозом, при взаимодействии врачей разных специальностей, при оценке качества медицинской помощи, при наличии претензий родственников по оказанию медицинской помощи, при взаимодействии больниц со страховыми компаниями, при судебных разбирательствах и т.д. Есть сложности и с анализом всего многообразия информации о патологии родов и ребенка.
2. Для всестороннего обсуждения предлагается следующая структура ППД: Перинатальный патологоанатомический диагноз: 1) Патология ребенка (плода). Основное заболевание: Коморбидные заболевания (фоновое или конкурирующее, или сочетанное) – при наличии: Осложнения (основного и коморбидных заболеваний): Сопутствующие заболевания и состояния: 2) Патология последа. Основная, обусловившая смерть ребенка (плода): Способствующая смерти ребенка (плода): Прочая: 3) Патология матери. Основное заболевание или состояние, обусловившее смерть ребенка (плода): Способствующие смерти ребенка (плода): Прочие: 4) Обстоятельства смерти:
3. После обсуждения и достижения консенсуса по данному вопросу желательно оформить законодательно одну из выбранных структур ППД.
4. Все рубрики ППД предлагается оформлять в нозологических формах, указанных в МКБ-10 с их кодами. При отсутствии в МКБ-10 нозологических форм и иных состояний или при необходимости дополнительной их расшифровки (в дополнение к МКБ-10) диагноз пишут в общепринятых терминах, согласно действующим классификациям.

Литература (references)

1. Власюк В.В. Проблемы детской патологической анатомии и новые патологоанатомические приказы // Архив патологии. – 2016. – Т.78, №6. – С. 65-66. [Vlasjuk V.V. *Arhiv patologii*. Arkhiv patologii. – 2016. – V.78, N 6. – P. 65-66. (In Russian)]
2. Глуховец Б.И., Перетятко Л.П., Глуховец Н.Г. Некоторые проблемы патологоанатомического диагноза в перинатологии // Архив патологии. – 2003. – Т.65, №5. – С.60-61. [Gluhovec B.I., Peretjatko L.P., Gluhovec N.G. *Arhiv patologii*. Arkhiv patologii. – 2003. – V.65, N 5. – P. 60-61. (In Russian)]
3. Насыров Р.А., Мельникова В.Ф., Красногорская В.Ф. и др. Принципы проведения патоморфологических исследований в случаях перинатальной смерти // Педиатр. – 2018. – Т.9, №3. – С. 85-105. [Nasyrov R.A., Mel'nikova V.F., Krasnogorskaja O.L. et al. *Pediatr*. Pediatr. (St. Petersburg). – 2018. – V.9, N 3. – P.85-105. (In Russian)]
4. Правила формулировки патологоанатомического диагноза, выбора и кодирования по МКБ-10 причин смерти. Методические рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы, №№ 45-56; 2019. 01.04.22 *Metodicheskie rekomendacii Departamenta zdavoohranenija goroda Moskvy*. Methodological recommendations of the Department of Health of the City of Moscow, №№ 45-56; 2019. 01.04.22 URL:<http://www.mosgorzdrav.ru> (in Russian)]
5. Применение ВОЗ Международной классификации болезней (МКБ-10) к случаям смерти в перинатальном периоде (МКБ-ПС) // Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2016. 02.04.2022 URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251914/9789244549759-rus.pdf?sequence=1> (in Russian) *Primenenie VOZ Mezhdunarodnoj klassifikacii boleznej (MKB-10) k sluchajam smerti v perinatal'nom periode (MKB-PS)* // Geneva: World Health Organization. – 2016. 02.04.2022 URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251914/9789244549759-rus.pdf?sequence=1> (in Russian)]
6. Самохин П.А., Дель Т.А. Перинатальный патологоанатомический диагноз // Архив патологии. – 2003. – Т.65 №5. – С.54-59. [Samohin P.A., Del' T.A. *Arhiv patologii*. Arkhiv patologii. – 2003. – V. 65, N 5. – P.54-59. (In Russian)]
7. Федеральный закон от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ (ред. от 26 марта 2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». 04.04.2022 URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ / *Federal'nyj zakon ot 21nojabrja 2011 N 323-FZ (red. ot 26 marta 2022) «Ob osnovah ohrany zdorov'ja grazhdan v Rossijskoj Federacii»* Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 (as amended on March 26, 2022) «On the Basics of Public Health protection in the Russian Federation» 04.04.2022 URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (in Russian)]
8. Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации. Серия «Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов» / Под ред. Г.А. Франка, О.В. Зайратьянца, П.Г.

Малькова, Л.В. Кактурского. – М.: Практическая медицина, 2016. – 32 с. [*Formulirovka patologoanatomicheskogo diagnoza. Klinicheskie rekomendacii. Serija «Klinicheskie rekomendacii Rossijskogo obshhestva patologoanatomov»*. Pod red. G.A. Franka, O.V. Zajrat'janca, P.G. Mal'kova, L.V. Kakturskogo. – Moscow: Practical medicine», 2016. – 32p. (in Russian)]

Информация об авторах

Дмитриев Игорь Владимирович – кандидат медицинских наук, заведующий научно-исследовательской лабораторией «Смоленский областной институт патологии» Департамента Смоленской области по здравоохранению. E-mail: igdm63@yandex.ru

Игнатова Наталья Борисовна – кандидат медицинских наук, доцент, директор ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии». E-mail: oguzsoip@yandex.ru

Абросимов Сергей Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической анатомии ФГБОУВО «Смоленский государственный медицинский университет». E-mail: abrosimovsu@yandex.ru

Моисеевкова Светлана Дмитриевна – заслуженный врач РФ, заведующая отделением клинической патологии детского возраста врач-патологоанатом ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии». E-mail: soipfr40@mail.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.