

УДК 616-091(571.63)

Ю.В. Каминский, В.С. Тимошенко, О.Г. Полушин, В.И. Колесников

Владивостокский государственный медицинский университет

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ПРИМОРЬЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ключевые слова: патолого-анатомическая служба, учебно-научно-практический комплекс, медицинские услуги, сертификация.

Описана история становления и развития патолого-анатомической службы в Приморском крае с учетом роли кафедры патологической анатомии Владивостокского медицинского университета, закончившаяся созданием учебно-научно-практического комплекса «Приморский институт региональной патологии». Дан краткий обзор структуры смертности взрослого и детского населения Приморского края и г. Владивостока, рассмотрена роль ятрогенной патологии в современной клинике. Анализируется состояние контроля качества прижизненной диагностики в зависимости от формы организации патолого-анатомической службы. Указаны основные проблемы в деле прижизненной и посмертной диагностики заболеваний, рассмотрены правовые основы и пути оптимизации работы патолого-анатомической службы региона.

Датой создания гражданской патолого-анатомической службы в Приморском крае можно считать 1926 год, когда врачом А.Д. Волошиным была организована прозектура при Владивостокской городской (позже — краевой) больнице. С полным основанием можно предположить, что эпизодические аутопсии в краевой клинике проводились и раньше. Известно, что в том же году А.Д. Волошин учредил «раковый пункт», деятельность которого была немыслима без морфологических исследований, а также в 1928 году совместно с В.П. Богдановым опубликовал «Сообщение о сужении привратника на почве хорионэпителиомы», основанное на аутопсии [16]. С 1938 по 1965 г. прозектурой краевой больницы руководила Л.Д. Мухина, исполнявшая все это время обязанности главного патологоанатома крайздраотдела, а в годы Великой Отечественной войны возглавлявшая и терапевтическое отделение стационара [6].

Первое же упоминание о становлении патолого-анатомической службы в Приморье можно отнести к XIX веку, к тому времени, когда «...*Бывший в Николаевске-на-Амуре Морской Госпиталь переведен ныне во Владивосток и наименован Владивостокским Морским Госпиталем*» (приказ по Морскому ведомству Российской Империи № 43 от 7 апреля 1873 г.). Так, в отчете Е.А. Кроуна в Морское министерство об управлении портами Восточного океана за 1873 г. сказано: «*Для госпиталя имеется три флигеля, из них два новых на каменных фундаментах, а третий перевезен из Николаевска-на-Амуре и собран здесь. Требуется построить еще флигель, аптеку, контору, кухню, прачечную и анатомический покой...*». И первые патолого-анатомические вскрытия в Приморье были проведены в конце XIX века военными врачами. Сам анатомический покой по проекту инженера-полковника Гаккеля и главного доктора госпиталя Зиберта был построен в конце 1891 года. Специализированное же патолого-анатомичес-

кое отделение — ныне 606-я ПАЛ (патолого-анатомическая лаборатория) Тихоокеанского флота — было создано при госпитале в 1936 г. [5].

Специфика военно-медицинской службы диктовала постоянную ротацию кадров, и патолого-анатомической лабораторией флота в разные годы руководили выдающиеся специалисты-морфологи. Первым начальником (1936—1943) здесь был М.В. Шкляр, оставивший после себя большую коллекцию макропрепаратов. После него лабораторию до 1946 г. возглавлял Г.А. Меркулов — автор руководства по гистологической технике, до сих пор пользующегося популярностью среди специалистов. С 1952 по 1958 г. начальником 606-й ПАЛ ТОФ был А.Т. Хазанов — соавтор руководства по секционному курсу, настольной книги для нескольких поколений патологоанатомов.

Патолого-анатомические вскрытия с начала 40-х годов XX века эпизодически выполнялись в железнодорожной больнице г. Уссурийска и в некоторых лечебно-профилактических учреждениях края. В других стационарах (больница Воздраотдела, Арсеньевская горбольница) морфологические исследования стали проводиться только в послевоенное время. Должности патологоанатомов в крае тогда в основном занимали судебные медики и врачи-совместители, которые ограничивались аутопсиями и макроскопической диагностикой. Гистологического исследования трупного, а тем более операционного, материала, за исключением госпиталя ТОФ и городской больницы, нигде не выполнялось. Даже результаты патолого-анатомических вскрытий регистрировались далеко не всегда. Объединить усилия специалистов и создать методические основы единой патолого-анатомической службы удалось только с началом работы Приморского отделения Всесоюзного научного общества патологоанатомов на базе кафедры патологической анатомии Владивостокского медицинского института в 1965 г. [5]. Краевое общество патологоанатомов тогда возглавил заведующий кафедрой доцент Н.С. Васнецов.

В 70-х годах XX века в Приморском крае сложилась более или менее стройная система патолого-анатомической службы, основы которой были заложены еще Петром I. Базовой единицей этой системы служило патолого-анатомическое отделение лечебно-профилактического учреждения. Методическую работу, объединявшую врачей, вели внештатные специалисты-патологоанатомы городского и краевого отделов здравоохранения. В разные годы в крае после Л.Д. Мухиной эти должности занимали врачи краевой больницы Ю.С. Стариков (1966—1975), Е.К. Хохлов

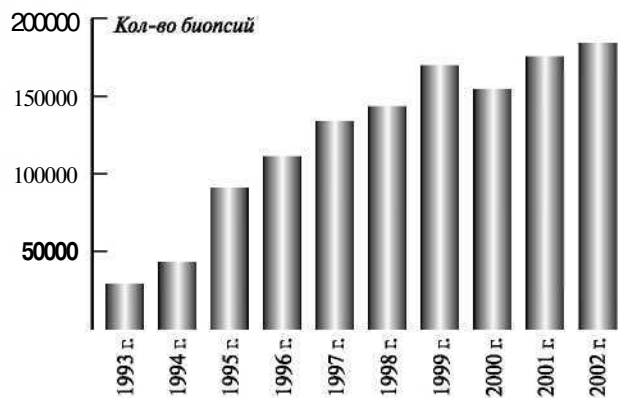


Рис. 1. Динамика исследований биопсийного и операционного материала во Владивостокском городском патолого-анатомическом бюро [5].

(1975–1979) и А.М. Петров (1979–1985). Расчет ставок патологоанатомов исходил из численности коечного фонда — одна ставка на 250–300 коек. Правовой основой работы долгое время служил приказ Министерства здравоохранения СССР № 667 от 15 октября 1970 г. «О мерах по совершенствованию патолого-анатомической службы». Будучи довольно прогрессивным на момент издания, этот приказ к началу 80-х годов XX века изжил себя и стал тормозить как развитие практической патологической анатомии, так и отечественной медицины в целом. В то время в клинике лавинообразно нарастало число исследований биопсийного материала, обусловленное интенсивным внедрением в практику фиброволоконной оптики и расширением показаний для оперативных вмешательств в связи с ростом качества анестезиологических и реанимационных пособий (рис. 1) [8]. Усложнились требования к патолого-анатомическому диагнозу — его монокаузальная формулировка не могла удовлетворить потребности развивающейся клиники, необходим был пересмотр структуры диагноза с точки зрения Международной классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра. Со всей остротой встал вопрос об увеличении в клинике доли ятрогенной патологии, связанной с увеличением арсенала инвазивных методов диагностики и лечения [11].

В новых условиях требовались и новые организационно-методические подходы — как в масштабах Приморья, так и в масштабах всей страны. Даже самые крупные стационары края (Приморская краевая и 1-я городская больницы Владивостока), исходя из численности коечного фонда, имели не более 3–5 ставок врачей-патологоанатомов, занятых 2–3 физическими лицами. Не могло быть и речи, ввиду экономической нецелесообразности, о снабжении подобных прозектур дорогостоящим диагностическим оборудованием и реактивами для люминесцентной и электронной микроскопии. В условиях крупного соматического стационара при ограниченных кадровых ресурсах также невозможной была специализация патологоанатомов в таких разделах, как онкология, гинекология, гастроэнтерология, нефрология,

гепатология, эндокринология и др. Узким местом оставалась патолого-анатомическая служба в педиатрии — практически отдельной специальности в рамках патологической анатомии. Кроме того, административная подчиненность заведующего прозектурой больницы ее главному врачу не шла на пользу объективизации такой функции службы, как контроль качества лечебно-диагностического процесса. Здесь многое зависело от личных качеств врача-патологоанатома, его знаний и авторитета. Субъективный фактор создавал условия, когда в одних стационарах доля расхождений посмертного клинического и патолого-анатомического диагнозов не превышала 5–6%, а в других (например, МСЧ Дальзавода, где работал бывший заведующий 606-й ПАЛ ТОФ Ю.С. Стариков) доходила чуть ли не до 60%. Последнее также вызывало справедливые нарекания врачей и не способствовало поднятию авторитета службы в целом.

К этому времени роль научно-методического центра патолого-анатомической службы в Приморье полностью перешла к кафедре патологической анатомии ВГМИ. В 1972 г. при ее активном участии была создана детская патолого-анатомическая служба, которой руководил врач, а впоследствии ассистент и доцент кафедры С.Г. Мельник, ставший в 1985 г. главным патологоанатомом краевого отдела здравоохранения. (С 1985 по 1995 г. обязанности главного краевого патологоанатома по детству выполнял доцент кафедры В.И. Колесников, а с 1995 г. эту должность занимает врач Я.Н. Тихонов.) В 1974 г. Приморское отделение Всесоюзного научного общества патологоанатомов возглавил новый заведующий кафедрой Ю.В. Каминский. Под эгидой кафедры на базе прозектур больниц Владивостока через интернатуру стали готовить врачей-патологоанатомов. При непосредственном участии сотрудников кафедры происходило создание и оснащение прозектуры Городской клинической больницы № 2, которая стала клинической базой кафедры до 1984 г. Все заседания научного общества, научно-практические семинары и диагностические конференции стали проходить на базе ВГМИ. Преподаватели кафедры, в то время самой молодой в вузе по среднему возрасту сотрудников, стали пользоваться все большим авторитетом среди врачей-клиницистов и патологоанатомов. В 1979 и 1981 г. по инициативе кафедры были проведены первые выездные циклы усовершенствования врачей под руководством проф. Г.Г. Автандилова (ЦОЛИУВ) и проф. О.К. Хмельницкого (ЛенГИДУВ), что в условиях удаленности Приморья от центральных вузов страны имело крайне важное значение для повышения качества лечебно-диагностической работы в крае [5, 17].

Эффективной попыткой разрешения кризиса, сложившегося в практической патологической анатомии к началу 80-х годов XX века, стали приказы Министерства здравоохранения СССР № 1095 от 23 октября 1981 г. «О штатных нормативах медицинского персонала...» и № 375 от 4 апреля 1983 г. «О дальнейшем совершенствовании патолого-анатомической службы в стране»

[18]. В них, в частности, шла речь об исчислении ставок патологоанатомов и лаборантов-гистологов, исходя из фактической нагрузки по аутопсийному и биопсийному разделам работы, а что самое главное — об эксперименте по организации областных (краевых) и республиканских патолого-анатомических бюро. Последнее обеспечивало экономическую независимость и вывело патолого-анатомическую службу из-под административной контроля главных врачей лечебно-профилактических учреждений. Впоследствии означенный эксперимент был признан удачным, и Министерство здравоохранения СССР издало приказ № 203 от 11 февраля 1988 г. «Об организации патолого-анатомических бюро». Однако коллективом кафедры патологической анатомии преимущества крупных диагностических объединений были оценены гораздо раньше: в 1984 г. на базе нового морфологического корпуса ВГМИ было создано Центральное патолого-анатомическое отделение, за которым закрепили 10 лечебно-профилактических учреждений Владивостока, включая Городскую клиническую больницу № 1 и Детскую городскую клиническую больницу. В 1985 г. на основании договора между ВГМИ и городским отделом здравоохранения здесь было организовано первое на Дальнем Востоке и в Сибири учебно-научно-практическое объединение «Кафедра патологической анатомии — Центральное патолого-анатомическое отделение». На основании упомянутого приказа № 203 МЗ СССР Центральное патолого-анатомическое отделение, административно подчиненное Городской клинической больнице № 1, в 1990 г. было реорганизовано во Владивостокское городское патолого-анатомическое бюро. Число лечебно-профилактических учреждений, обслуживаемых тогда учебно-научно-практическим комплексом, возросло до 26: большая часть стационаров для взрослых и все детские и родовспомогательные учреждения Владивостока [20]. Таким образом, во Владивостоке одновременно с Москвой, Ленинградом и Челябинском была внедрена прогрессивная форма организации патолого-анатомической службы — учебно-научно-практический комплекс.

Организация только городского патолого-анатомического бюро была компромиссом, обусловленным сопротивлением руководителей больниц централизации (и независимости) патолого-анатомической службы. Однако через несколько лет был решен вопрос и о создании Приморского краевого патолого-анатомического бюро, которое вошло в учебно-научно-практический комплекс, а сам комплекс получил юридический статус Приморского института региональной патологии (приказ губернатора Приморского края № 566 от 4 ноября 1996 г.).

Несмотря на начавшийся в стране социальный эксперимент, завершившийся распадом Советского Союза, и резкое сокращение расходов на здравоохранение, медицинское образование и науку, благодаря централизации кадрового потенциала и финансированию из разных бюджетов, Приморский институт

региональной патологии продолжал развиваться и увеличивать свой потенциал. Уже на базе этого учебно-научно-практического комплекса были проведены выездные циклы усовершенствования для врачей края от ЦОЛИУВа и ЛПМИ (1985) и Санкт-Петербургского ГИДУВа (1993). Удалось в определенных пределах решить и кадровые вопросы. В 1989 г. Владивостокскому медицинскому институту одновременно с медицинскими вузами Москвы и Ленинграда Министерством здравоохранения РСФСР была разрешена субординатура по патологической анатомии, которая просуществовала здесь дольше, чем в каком-либо медицинском вузе бывшего СССР, — до 1996 г. Это позволило в короткий срок решить профессиональную кадровую проблему в регионе, поддержать судебно-медицинскую службу, сохранить преемственность традиций отечественной школы патологоанатомов. После 1996 г. при кафедре был создан курс патологической анатомии факультета переподготовки и последиplomного образования ВГМУ, который возглавил главный краевой патологоанатом доцент С.Г. Мельник [7]. К 1999 г., в результате увеличения численности и обновления состава, до 94% специалистов-патологоанатомов края оказались подготовленными на базе кафедры патологической анатомии и Приморского института региональной патологии [4, 10, 12].

В Приморском институте региональной патологии удалось решить вопрос о специализации службы. Сотрудники института — врачи патолого-анатомических бюро и преподаватели кафедры, углубленно изучая те или иные разделы патологии, стали признанными специалистами в области онкологии, гематологии, ревматологии, остеологии, гастроэнтерологии, гепатологии, нефрологии, эндокринологии, гинекологии и дерматологии. Все новые методы исследования морфологических субстратов проходили «обкатку» на базе лабораторий института региональной патологии, а потом внедрялись в практическое здравоохранение региона. Здесь же стали проходить специализацию и сертификацию лаборанты-гистологи для всех подразделений патолого-анатомической службы и судебно-медицинских бюро Приморского края. Директор института Ю.В. Каминский в 2000 г. был назначен главным патологоанатомом Дальневосточного федерального округа. Большой объем аутопсийного материала позволил проводить многонаправленный статистический анализ нозологической структуры смертности, ятрогенной патологии, болезней пре- и перинатального периодов.

Демографические показатели, как правило, тесно связаны с социально-экономическими условиями, сложившимися в обществе. В этом контексте структура и динамика летальности населения является показателем как уровня жизни, так и состояния трудовых ресурсов в плане перспектив развития страны. Смертность населения в Приморском крае превысила рождаемость в 1992 г. (рис. 2). Такая же ситуация

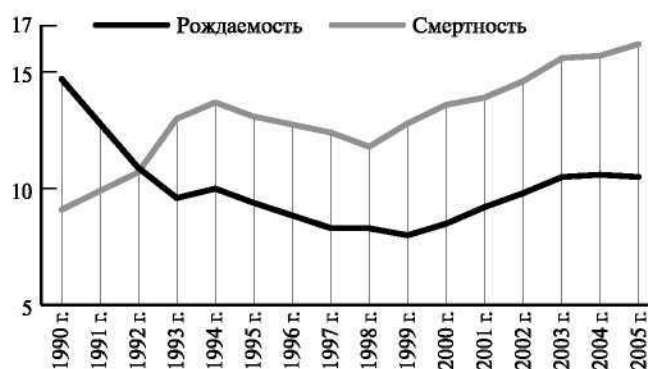


Рис. 2. Динамика показателей рождаемости и смертности в Приморском крае (на 1000 населения).

характерна и для России в целом («русский крест»). По статистическим данным максимум смертности пришелся на 1994–1995 годы. Характерно, что второй подъем смертности начался после дефолта 1998 года.

Особый интерес для государства представляют демографические показатели людских ресурсов в трудоспособном возрасте, о которых можно судить по стационарной летальности взрослого населения. Интересно, что до 2000 г. в стационарах преобладала мужская летальность, а с 2001 г. — женская. Это, вероятно, связано с изменении структуры населения Российской Федерации по социальному и физиологическому статусам. Обращает на себя внимание динамика летальности среди лиц молодого возраста: у женщин здесь подъем пришелся на 1991–1995 гг., у мужчин — на 1991–2000 гг. (табл. 1).

В структуре летальности взрослого населения в 1986–2005 гг. (табл. 2) преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, где основной удельный вес (50–60%) имел инфаркт миокарда. На втором

месте находились заболевания органов дыхания, среди которых в XXI веке преобладающими стали острые пневмонии (75–80%), тогда как в 80-х годах прошлого века летальность от хронических заболеваний легких здесь не уступала летальности от острой патологии. Среди злокачественных новообразований, послуживших причиной смерти, первенствовали рак легких (29–32%), толстого кишечника (15%) и желудка (5–8%). С 90-х годов XX века к списку лидирующих здесь нозологий присоединился и рак печени (8%). Следует отметить, что в среднем по краю летальность по раку легких ниже (17%), а по раку желудка выше (15%), чем во Владивостоке.

Обращает на себя внимание значительная разница летальности от инфекционных заболеваний — здесь краевые показатели в несколько раз выше, чем показатели во Владивостоке. Такое различие обусловлено высокой смертностью среди больных туберкулезом в провинциальных противотуберкулезных лечебных заведениях, а также значительным ростом летальности среди ВИЧ-инфицированных.

Важным аспектом целевой федеральной программы «Здоровье» является сохранение здоровья матери и ребенка, что невозможно без пристального внимания к акушерско-гинекологической службе и педиатрии. В Приморском институте региональной патологии, на который замыкаются все детские лечебно-профилактические учреждения и роддома Владивостока, выполняются исследования как биопсийного (плаценты) так и аутопсийного материала. Следует отметить, что данные, получаемые при изучении последов, недостаточно востребованы акушерской службой региона. Отсутствует преемственность между учреждениями родовспоможения

Таблица 1

Летальность взрослого населения в разных возрастных группах, по данным Приморского института региональной патологии, %

Возраст, лет	Мужчины, по годам				Женщины, по годам			
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
До 30	1,3	1,4	5,7	1,2	1,4	1,5	1,9	1,6
До 40	4,0	6,7	5,7	3,4	1,5	3,8	1,3	1,6
До 50	14,5	15,4	11,0	12,2	4,2	6,9	7,5	3,9
До 60	23,6	31,8	19,4	23,4	16,7	19,4	9,9	12,1
До 70	27,6	27,3	34,1	30,5	34,2	34,7	29,8	25,6
Более 70	29,0	17,4	24,1	29,3	42,0	33,7	49,6	55,2

Таблица 2

Характеристика причин летальных исходов в лечебно-профилактических учреждениях, обслуживаемых Приморским институтом региональной патологии, %

Классы заболеваний по МКБ	Летальность по данным Приморского института региональной патологии, по годам				Летальность по краю, 2001-2005 гг.
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	
Инфекционные заболевания	2,0	3,2	2,3	1,3	9,0
Злокачественные новообразования	14,0	11,8	10,2	8,7	12,6
Сердечно-сосудистые заболевания	59,9	59,2	58,0	59,9	48,0
Заболевания органов дыхания	9,0	9,1	11,2	10,4	8,6
Заболевания органов пищеварения	7,6	7,8	10,8	11,6	13,4
Заболевания органов мочевого выделения	1,5	1,6	1,7	2,5	2,0
Другие	6,0	7,3	5,8	5,6	6,4

и педиатрической службой. Здесь необходима перестройка системы анализа данного материала с привлечением иммуногистохимических исследований для верификации инфекционных поражений, скрининговых исследований с созданием базы данных, позволяющей составлять рекомендации для акушеров и неонатологов.

Особое значение в демографии имеет детская смертность. На базе Приморского института региональной патологии сегодня проводится порядка половины педиатрических аутопсий в Приморском крае. Доля вскрытий здесь значительно превышает таковую среди взрослых и составляет в среднем 95,5%. В конце XX века в отделении детской патологии резко возросло количество выкидышей и маловесных плодов, сохранявшееся высоким до 2003 г. В то же время число патолого-анатомических исследований трупов детей массой более 1000 г уменьшилось, что, вероятно, было связано с уменьшением общего количества родов. После 2004 г. ситуация изменилась.

Традиционно в течение последних 17 лет подавляющая часть аутопсийной работы детских патологоанатомов приходилась на перинатальный период. Если до приказа МЗ РФ № 82 от 29 апреля 1994 г. «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» [18], предписавшего вскрытие умерших новорожденных массой 500 г и более, перинатальные аутопсии составляли около половины от детских вскрытий (49,8%), то с 1995 г. их доля возросла до 72%. Тем не менее структура основной патологии при перинатальной смертности в целом мало изменилась начиная с 90-х годов XX века. Основная ее часть приходится на внутриутробные гипоксию и инфекции, и здесь сохраняется тенденция к росту. Обращает на себя внимание уменьшение частоты пневмопатий и родового травматизма (табл. 3)

Среди плодов с экстремально низкой массой тела (до 999 г) в качестве основных причин смерти фигурировали внутриутробная гипоксия (50,7%), внутриутробная инфекция (18,4%), морфологическая незрелость и пневмопатии (7,5%), а также врожденные пороки развития (8,3%). Необходимо отметить, что в этой группе мертворожденные составляют около 90% (50% среди детей, родившихся с массой тела более 1000 г). Перинатальная смертность и мертворождаемость во многом являются проблемами невынашиваемости, анализ которой, как говорилось выше, невозможен без детального исследования плаценты. Среди основных причин невынашиваемости следует назвать высокую частоту экстрагенитальной патологии у беременных, а также практически не снижающуюся частоту аборт.

Структура младенческой смертности отличается в разные периоды жизни ребенка. В постнатальном периоде на первое место здесь выходят пороки развития и болезни органов дыхания. Так, среди всех детских аутопсий доля врожденных пороков на нашем материале в 90-х годах прошлого века составляла 19,2%, а

Таблица 3

Структура перинатальной смертности, по данным Приморского института региональной патологии, %

Патология	1991-1997 г.	2001-2006 г.
Гипоксия плода и новорожд.	33,4	42,7
Внутриутробная инфекция	23,8	29,6
Пневмопатии	22,7	9,3
Родовая травма	4,7	2,1
Морфологическая незрелость (недоношенность)	4,6	5,2
Внутрижелудочковые кровоизлияния	3,9	3,4
Другая	6,9	7,7

Таблица 4

Структура врожденных аномалий, по данным Приморского института региональной патологии, %

Врожденные пороки развития	1991-1997 г.	2001-2006 г.
Желудочно-кишечного тракта	29,2	27,4
Множественные	19,1	17,9
Сердечно-сосудистой системы	17,9	23,3
Центральной нервной системы	14,4	15,8
Мочеполовой системы	3,3	6,1
Другие	16,1	9,5

в течение 7 лет нынешнего столетия— 24,7%. Преобладали пороки органов желудочно-кишечного тракта, далее шли множественные аномалии и пороки сердечно-сосудистой системы (табл. 4). Рост доли пороков и изменение структуры детской смертности, вероятно, связаны с увеличением числа патолого-анатомических исследований плодов с экстремально низкой массой тела. Увеличение частоты регистрации аномалий сердечно-сосудистой системы обусловлено, скорее всего, увеличением концентрации в краевом центре данной категории больных в связи с открытием детского кардиологического центра. В то же время внедрение в практику высокотехнологичных методов пренатальной диагностики [2] привело к двухкратному снижению частоты хромосомных аномалий — болезни Дауна (среди пороков развития — с 10,5 до 5,2%).

Смертность, связанная с периодом беременности и родов, составляет десятые доли процента от общей смертности, вместе с тем она находится под особым контролем ВОЗ и выделена в отдельный класс МКБ. В Приморье учреждения родовспоможения сконцентрированы в основном в краевом центре и замыкаются на Приморский институт региональной патологии, что делает нашу статистику достаточно репрезентативной.

Подъем показателей летальности среди женщин, умерших в родах или раннем послеродовом периоде, пришелся на 1991—1995 г. В то время в роддомах краевого центра умерли 16 женщин. Далее была отмечена положительная динамика: с 1996 по 2000 г. умерли 3, а с 2001 по 2005 г. — 6 женщин. Среди причин смерти чаще встречались кровотечения, связанные с отслойкой плаценты и послеродовой атонией матки, а также тяжелый гестоз, что подтверждают и данные службы родовспоможения [21]. Реже к смерти приводили



Рис. 3. Динамика аутопсийных исследований на базе Приморского института региональной патологии в 1992–2003 гг.

неполные аборт и трубная беременность. В единичных случаях зарегистрированы ятрогении: синдром массивных трансфузий и анафилактические реакции на медикаменты.

Ятрогении сегодня являются важной проблемой мировой медицины — по данным зарубежной литературы на их долю приходится до 10% госпитальной летальности, а общая частота достигает 20%. Исходя же из данных отчетов патолого-анатомических отделений, в России частота ятрогенных заболеваний находится в пределах 1% (в Приморье — 1,4%). Ряд специальных ретроспективных исследований, проведенных сотрудниками Приморского института региональной патологии, показал, что в разные годы частота регистрации ятрогений в валовом секционном материале взрослого отдела достигала 10,5%, причем в 3,4–5,7% наблюдений они играли важную роль в танатогенезе, выступая в качестве основного заболевания или его осложнений [3, 11]. По данным детского отдела Приморского института региональной патологии, в валовом секционном материале ятрогении регистрировались в 11,6% наблюдений, причем в 1,4% они фигурировали в качестве первоначальной причины смерти и в 3% — в качестве осложнений основного заболевания [15].

Проблема ятрогений (и в более широком плане — эрологии) в настоящее время является одним из основных научных направлений, разрабатываемых сотрудниками кафедры патологической анатомии. На важность этого направления указывал на заседании специализированного ученого совета ВГМУ главный федеральный патологоанатом проф. О.Д. Мишнев, посетивший в 2005 г. Владивосток с инспекционной поездкой и высоко оценивший вклад Приморского института региональной патологии в развитие патолого-анатомической службы на Дальнем Востоке.

Именно независимая патолого-анатомическая служба способна объективно контролировать качество лечебно-диагностического процесса, что иллюстрируют вышеприведенные данные о регистрации ятрогенной патологии. Не лучше обстоит дело и с «рутинным» сопоставлением посмертных клинических и патолого-анатомических диагнозов. Этот

механизм, закрепленный в приказах и методических письмах учреждений управления здравоохранением, далек от идеала и сводится в ряде больниц к формальной регистрации несовпадений диагнозов по одной нозологии — основной причине смерти. Многовекторный объективный анализ с применением современного статистического аппарата здесь часто невыгоден администрации больниц и поликлиник. Расхождение диагнозов должно определяться не только по нозологической принадлежности процесса. К ошибкам относят поздно установленный клинический диагноз, его неправильную конструкцию, гипердиагностику и др. Показательно в этом отношении сравнение динамики расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов в различных стационарах Владивостока. Бросается в глаза разница в частоте регистрации расхождений в прозектурах различного ведомственного подчинения (табл. 5).

Следует заметить, что средний показатель расхождений посмертного клинического и патолого-анатомического диагнозов по федеральным округам доходит до 16,5–17,2%, что наглядно демонстрирует недостаток объективности в контроле качества лечебно-диагностической работы в большинстве стационаров Приморского края. Это иллюстрирует и динамика аутопсийных исследований на базе Приморского института региональной патологии, создание которого в течение двух лет «переломило» отрицательные тенденции в посмертной диагностике заболеваний (рис. 3). Клинико-анатомический анализ по Приморскому институту региональной патологии в целом, дополненный статистической обработкой материала, показал среднее число расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов, равное $24,4 \pm 0,7\%$ [5].

Частота расхождений посмертного клинического и патолого-анатомического диагнозов по детскому отделу Приморского института региональной патологии в течение последних 5 лет составляла 4,6–8,0%, а в целом по краю — 1,9–5,8%.

Как известно, объективные статистические показатели можно получить при выборке не менее 95% из исследуемого ряда. Число же вскрытий во многих стационарах Владивостока значительно ниже этого предела, что делает анализ качества клинической диагностики заведомо недостоверным. Особенно заметна тенденция к снижению числа аутопсий в городских больницах № 1, 2 и 4, а также в Приморском краевом онкологическом диспансере (табл. 5). Складывается впечатление, что руководство этих учреждений осознанно нарушает положение пункта 3.1 приказа МЗ РФ № 82 от 29 апреля 1994 г., запрещающего отмену вскрытия во многих случаях. Кроме того, случаи выдачи тел умерших без вскрытия сопровождаются нарушением положений приказа МЗ РФ № 398 от 26 декабря 1996 г. «О кодировании причин смерти в медицинской документации»: в органы медицинской статистики направляются свидетельства о смерти, содержащие недопустимые в таких документах рубрики и коды МКБ.

Таблица 5

Сравнительные показатели качества работы некоторых стационаров Владивостока по данным аутопсий в 2003—2005 гг.

Стационар	Год	Кол-во вскрытий		Расхождение диагнозов, %
		абс.	%	
Приморская краевая клиническая больница № 1	2003	111	73,0	6,3
	2004	88	73,3	5,7
	2005	76	60,8	11,8
Приморская краевая клиническая больница № 2	2003	94	88,6	8,5
	2004	106	82,2	5,7
	2005	92	71,3	5,4
Приморский краевой онкологический диспансер	2003	6	19,0	0,0
	2004	5	23,2	0,0
	2005	19	32,2	0,0
Дальневосточный окружной медицинский центр	2003	77	73,3	9,0
	2004	53	70,7	13,2
	2005	43	63,2	6,9
Отделенческая б-ца на ст. Владивосток ОАО РЖД	2003	16	72,2	12,5
	2004	10	100,0	10,0
	2005	10	66,7	0,0
Госпиталь для ветеранов войн*	2003	122	85,3	12,2
	2004	96	78,7	3,4
	2005	105	82,7	16,2
Городская клиническая больница № 1*	2003	430	84,8	27,6
	2004	379	78,7	31,0
	2005	445	79,6	27,2
Городская клиническая больница № 2	2003	91	49,4	9,4
	2004	98	53,8	5,1
	2005	109	58,9	4,6
Городская клиническая больница № 4	2003	183	41,0	17,4
	2004	197	38,2	13,2
	2005	182	35,0	14,8

*Стационары, обслуживаемые Приморским институтом региональной патологии.

Еще хуже обстоят дела в поликлиническом звене здравоохранения — выборочная проверка врачебных свидетельств о смерти, проведенная по заданию департамента здравоохранения администрации Владивостока в 2005—2007 гг., показала, что до 90% этих заключений выдается с ошибками, делающими невозможными их статистический анализ. Сотрудниками Приморского института региональной патологии в направлении улучшения дел в этой области ведется целенаправленная работа. Так, лекции и семинары на темы «Международная классификация болезней», «Посмертный диагноз» и «Врачебное свидетельство о смерти» включены в рабочие программы секционного курса, циклов тематического усовершенствования и переподготовки врачей всех специальностей, занятий с интернами, ординаторами и аспирантами кафедр ВГМУ.

Современная патологическая анатомия располагает обширным арсеналом методов исследования и может дать клинике достаточно объемный материал для диагностического поиска, контроля эффективности лечения, анализа патоморфоза, прогноза течения и исхода заболеваний. Однако внедрение этих методов в клиническую практику не является прерогативой патолого-анатомической службы. В первую очередь здесь имеют значение потребности самой клиники, ее возможности в интерпретации

данных морфологических исследований и применения их для диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Так, с 80-х годов XX века в нефрологии диагностика диффузных заболеваний почек немыслима без проведения чрескожных пункционных биопсий и их динамического анализа. В нашем регионе попытки внедрения в практику этого ценного диагностического метода, предпринимавшиеся неоднократно как во взрослой, так и в детской клинике, не имели успеха. Это было связано как с ликвидацией нефрологических стационаров, так и с нежеланием организаторов здравоохранения вкладывать средства в эти дорогостоящие исследования, требующие лабораторного обеспечения и специализации врачей. В результате сложилась ситуация, когда в случае крайней необходимости пациенты командировались в Европейскую часть России или даже за рубеж для выполнения в общем-то рутинного сегодня по мировым стандартам биопсийного исследования. Нередки случаи, когда для диагностики тизауризмозов в педиатрии врачи идут на открытую операцию для получения почечной ткани с целью нозологической верификации процесса.

Несколько лучше обстоят дела с биопсийными исследованиями в гепатологии. Биопсии печени до недавнего времени также проводились эпизодически,

что не способствовало улучшению качества забора материала и часто приводило к получению диагностически неинформативных биоптатов. Только с началом выполнения большого объема диссертационных исследований на кафедрах инфекционных болезней, патологической физиологии и госпитальной хирургии ВГМУ, а также в связи с расширением сферы платных услуг чрескожные биопсии печени прочно утвердились в клинике и уровень диагностики хронических гепатитов и циррозов печени в нашем регионе стал приближаться к современным требованиям [9, 22].

Открытие роли *Helicobacter pylori* в этиологии и патогенезе хронических гастритов и язвенной болезни желудка в 80–90-х годах XX века привело к кардинальному изменению подходов к биопсийной диагностике при этих заболеваниях [1]. Однако попытки внедрения новых форм интерпретации патоморфологии слизистой оболочки желудка, предпринятые сотрудниками Приморского института региональной патологии, наталкивались на непонимание клиницистов, привыкших при анализе этих биоптатов мыслить в узких дифференциально-диагностических пределах: «рак — не рак». И только после проведения комплексной научной работы с кафедрой поликлинической педиатрии ВГМУ дело сдвинулось с мертвой точки, но и сейчас современная диагностика неопухолевых заболеваний желудка используется лишь в некоторых клиниках краевого центра [13].

В качестве положительного примера можно привести и сотрудничество Приморского института региональной патологии с Городским кожно-венерологическим диспансером: начиная с 80-х годов XX века биопсийное исследование при неопухолевых заболеваниях кожи стало здесь золотым стандартом при постановке диагноза. Это позволяет клинике кафедры дерматовенерологии ВГМУ удерживать передовые позиции среди подобных лечебно-профилактических учреждений всего Дальнего Востока и Сибири.

Значительные успехи достигнуты в диагностике лейкозов и лимфопролиферативных заболеваний на основе сотрудничества Приморского института региональной патологии и краевого детского онкогематологического центра. Здесь удалось развернуть не только гистологическую, но и цитологическую диагностику и приблизить уровень патолого-анатомических заключений к требованиям современных протоколов лечения гематологических больных. Сейчас в этой области идет постепенное обновление методического обеспечения диагностического процесса, что позволит в ближайшем будущем поднять его до уровня мировых стандартов.

Современные методики морфологического исследования подразумевают все более глубокий анализ патологических процессов на молекулярном уровне. Дальнейшее расширение спектра иммунологических методик в практической патологической анатомии идет сегодня за счет иммуногистохимии. Потребности современной онкологической клиники, например,

требуют определения профиля рецепторов различных опухолей, анализа выраженности дегенеративных и пролиферативных процессов в опухоли, определяющих их прогноз и лечение. В Приморском институте региональной патологии в этом направлении в рамках федеральной программы «Здоровье» ведется целенаправленная работа, закупается оборудование и реактивы, врачи повышают свою квалификацию на рабочих местах. Уже освоены и в стадии освоения находятся методы гистогенетической верификации низкодифференцированных опухолей, анализа гормонального статуса и пролиферативной активности клеток — участниц онкологического процесса. В ближайшее время будет создан минимальный банк методик, позволяющий решать вопросы морфологической диагностики в онкологии, гематологии и гинекологии. На очереди — этиологические маркеры таких распространенных заболеваний, как вирусные гепатиты и ряд других инфекций. Параллельно осваиваются и внедряются телемедицинские технологии, которые в будущем позволят оптимизировать диагностический процесс и консультативную помощь в пределах как Дальневосточного региона, так и всей страны.

В значительной мере проблемы, возникшие перед патолого-анатомической службой региона, как и России в целом, объясняются отсутствием федерального закона о патолого-анатомической службе. Этот закон уже неоднократно обсуждался на заседаниях научных обществ и съездах патологоанатомов и был внесен на рассмотрение Государственной думы еще в 1998 г. Однако его обсуждение в высшем органе законодательной власти страны задерживается по ряду субъективных причин. Сложилась ситуация, когда законы «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993) и «О погребении и похоронном деле» (1996) входят в противоречие с ранее принятыми подзаконными актами, что делает применение последних спорным с юридической точки зрения [18].

На современном этапе развития бюджетно-страховой медицины актуальным представляется разработка основных документов по стандартизации патолого-анатомических работ и услуг в свете требований созданной в России системы стандартизации в здравоохранении [14]. Ключом к решению многих проблем является создание единой федеральной патолого-анатомической службы на основе сертификации медицинских услуг [19]. Пациент должен иметь информацию о качестве диагностического заключения, полученного в том или ином медицинском учреждении. В 2006 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития совместно с НИИ морфологии человека РАМН была создана система сертификации патолого-анатомических услуг, которые сегодня предлагаются в качестве стандартов, принимаемых учреждениями здравоохранения на добровольной основе [18]. В зависимости от поставленных задач, объема, видов и сложности выполняемой работы, уровня оснащенности и обеспеченности

квалифицированными кадрами патолого-анатомические учреждения должны сертифицироваться по трем категориям. Исходя из требований системы сертификации, на 1-ю категорию в нашем регионе может претендовать только Приморский институт региональной патологии. И лишь немногие патолого-анатомические учреждения Владивостока и Приморского края могут соответствовать уровню третьей категории.

В деле улучшения качества работы патолого-анатомической службы региона имеют значение две основные составляющие: материально-техническая база и квалификация персонала. И если последний вопрос можно в значительной мере решить, опираясь на имеющуюся научно-педагогическую базу Владивостокского медицинского университета и Приморского института региональной патологии, то вопрос о материально-техническом обеспечении диагностического процесса находится в рамках компетенции органов управления здравоохранением.

Приморский институт региональной патологии сегодня — крупнейшее учебно-научно-практическое объединение на Дальнем Востоке и в Сибири, единственное подразделение ВГМУ, имеющее собственную (университетскую) базу, позволяющую выполнять сложные прижизненные и посмертные морфологические исследования, вести подготовку специалистов, с максимальной скоростью внедрять в практику результаты научных разработок. После прохождения сертификации он по праву может занять место ведущего научно-методического центра патолого-анатомической службы не только Приморского края, но и всего Дальневосточного федерального округа.

Литература

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. *Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника*. - М.: Триада-Х, 1998.
2. Воронин С.В., Антоненко Ф.Ф. // *Тихоокеанский мед. журнал*. - 2004. - № 3. - С. 68-71.
3. Гладкая Е.Ю. // *Клиническая морфология в Приморье: сб. трудов / под ред. Ю.В. Каминского и О.Г. Полушина*. - Владивосток, 1995. - С. 98-101.
4. Каминский Ю.В. // *Тихоокеанский мед. журнал*. - 2000. - №4. - С. 6-8.
5. Каминский Ю.В. *Патолого-анатомическая служба в Азиатско-Тихоокеанском регионе*. — Владивосток: Медицина ДВ, 2004.
6. Каминский Ю.В., Мельник С.Г., Колесников В.И. // *Клиническая морфология в Приморье: сб. трудов / под ред. Ю.В. Каминского и О.Г. Полушина*. — Владивосток, 1995. - С. 115-119.
7. Каминский Ю.В., Мотавкин П.А. *Первый медицинский университет Дальнего Востока*. — Владивосток: Дальпресс, 1977.
8. Каминский Ю.В., Новиков С.П., Макаров В.И., Сотниченко Б.А. // *Тихоокеанский мед. журнал*. — 2003. - №2. - С. 85-86.
9. Каминский Ю.В., Полушин О.Г., Скляр Л.Ф. // *Труды Пьезеда Российского общества патологоанатомов*. - Т.1. - М.: МДВ, 2006. - С. 194-196.
10. Каминский Ю.В., Полушин О.Г., Фисенко А.М. // *Социальные и психологические аспекты учебного процесса: тез. докл.* — Владивосток, 1992. — С. 11—13.
11. Каминский Ю.В., Тимошенко В.С. // *Тихоокеанский мед. журнал*. - 2007. - №1. - С. 12-14.
12. Каминский Ю.В., Федченко Т.М., Полушин О.Г. // *Тихоокеанский мед. журнал*. — 2004. — №4. — С. 92—93.
13. *Клинико-морфологическая характеристика хронического гастрита у детей и подростков / Каминский Ю.В., Мирошниченко В.А., Полушин О.Г., Янсонс Т.Я.* — Владивосток: Медицина ДВ, 2006.
14. Коваленко В. // *Медицинская газета*. — 2005. — №63.
15. Колесников В.И., Радимович О.В., Тихонов Я.Н. // *11 Международный симпозиум фонда медицинского обмена Японии, России и стран Северо-Восточной Азии: тез. докл.* — Владивосток, 1994. — С. 188—189.
16. Лохов В.А., Рольщиков И.М., Хальченко Е.А., Пономарев А.Ф. // *Тихоокеанский мед. журнал*. — 2003. — № 2. - С. 93-98.
17. Полушин О.Г. // *Тихоокеанский мед. журнал*. — 2000. - №4. - С. 76-79.
18. *Система добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических (патолого-анатомических) исследований и патолого-анатомических услуг в здравоохранении: сб. нормативно-методических документов / под ред. Р.У. Хабриева и М.А. Пальцева*. — М.: Медицина для всех, 2007.
19. Смирнов К. // *Новая газета*. — 2006. — №44.
20. Фисенко А.И. // *Клиническая морфология в Приморье: сб. трудов / под ред. Ю.В. Каминского и О.Г. Полушина*. — Владивосток, 1995. — С. 120—123.
21. Хамошина М.Б., Кайгародова Л.А., Лещанкина С.Н. // *Тихоокеанский мед. журнал*. — 2004. — №3. — С. 5—9.
22. *Хроническая HCV-инфекция: современные иммуноморфологические аспекты / Скляр Л.Ф., Маркелова Е.В., Полушин О.Г. и др.* — М.: Издательство РУДН, 2006.

Поступила в редакцию 31.01.2008.

PATHOANATOMICAL SERVICE IN PRIMORYE: PROBLEMS AND PROSPECTS

Yu. V. Kaminsky, V. S. Tomoshenko, O. G. Polushin, V. I. Kolesnikov

Vladivostok State Medical University

Summary — The history of start and development of patho-anatomical service in Primorsky Krai is described in view of a role of the department of pathological anatomy of the Vladivostok medical university, ended by creation of the education-scientific-practical complex "Primorsky institute of regional pathology". The brief review of structure of death rate of the adult and children's population of Primorsky Krai and Vladivostok is given, the role of the iatrogenic pathologies in modern clinic is considered. The condition of quality assurance of lifetime diagnostics is analyzed depending on the form of the organization of patho-anatomical service. The basic problems are specified in lifetime and posthumous diagnostics of diseases, legal bases and ways of optimization of work of patho-anatomical service of region are considered.

Keywords: pathoanatomical service, education-scientific-practical complex, medical services, certification.