федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

«Вопросы общей танатологии в деятельности врача лечебного профиля»

Судебно-медицинская экспертиза

31.05.01

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности)лечебное дело

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016г.

Оренбург

**Тема 1,2,3. Танатология.**

**2. Цель:** Знать определение понятия смерть, умирание; классификацию смерти; суправитальные реакции; ранние и поздние трупные изменения их судебно-медицинское значение; установление давности наступления смерти.

**3. Задачи:**

*Обучающая:* знать классификацию смерти, иметь понятие о суправитальных реакциях, ранних трупных изменениях, поздних трупных изменениях, стадии осмотра места происшествия.

-оформление акта судебно-медицинского исследования трупов лиц, умерших в результате механической асфиксии.

*Воспитывающая:*

-формировать положительное отношение к профессии врача, формирование гуманистической направленности личности

*Развивающая:*

-формировать положительное отношение к профессии врача, формирование гуманистической направленности личности.

**4. Вопросы для рассмотрения:**

1. Умирание и смерть. Классификация смерти.

2. Суправитальные реакции. Установление давности наступления смерти.

3. Ранние и поздние трупные изменения, их судебно-медицинское значение.

4. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения.

**5. Основные понятия темы:**

Смерть - понятие биологическое, прекращение физиологической и любой другой деятельности организма. В то же время смерть в человеческом обществе – явление социально-правовое. Изучением вопросов умирания и смерти занимается наука, названная танатологией.

Умирание-это динамический процесс перехода от жизни к смерти. В процессе умирания выделяют несколько стадий:

- предагональное состояние характеризуется выраженными расстройствами кровообращения и дыхания, развитием тканевой гипоксии и ацидоза;

- терминальная пауза характеризуется внезапной остановкой дыхания, резким угнетением сердечной деятельности, прекращением биоэлектрической активности головного мозга, угасанием роговичных и других рефлексов;

- агония –вспышка борьбы организма за жизнь. Развиваются тонические судороги, расслабляются сфинктеры, угасают рефлексы. Продолжительность агонии зависит от вида и механизма смерти. Выделяют 4 типа: 1) отсутствие агонии при мгновенном разрушении тела; 2) кратковременная агония в течение 4-5 минут, при острой смерти различного происхождения; 3) агония, продолжающаяся многие часы или дни; 4) агония, продленная реанимацией.

- клиническая смерть. Агония и период клинической смерти могут быть обратимыми, с полным восстановлением функций организма.

- биологическая смерть – необратимое состояние, нарушается интегрирующая деятельность ЦНС с последующей гибелью всех органов и тканей.

Выделяют следующие классификации смерти:

- Биологическая классификация. Подразделяет смерть на естественную или физиологическую (старение организма, физиологическое недоразвитие новорожденного), и неестественную или преждевременную (различные виды внешнего воздействия, болезни).

- Социально-правовая классификация

1)По категории: насильственная и ненасильственная.

2) По роду: убийство, самоубийство, несчастный случай.

- В зависимости от скорости наступления смерти.

1) Быстрая смерть – без агонального периода;

2) Медленная смерть – сопровождается длительной агонией.

Признаки смерти:

1)Первоначальные.

-пассивное, неестественное положение,

-бледность кожного покрова,

- отсутствие сознания, пульса, дыхания,

- отсутствие реакции зрачков на свет, отсутствие реакции на болевые и другие раздражители.

2) Достоверные признаки.

- ранние трупные изменения (охлаждение, окоченение, трупные пятна, трупное высыхание, аутолиз),

- поздние трупные изменения(гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление),

- развитие явлений, не обусловленных сроками наступления смерти (замерзание, мацерация и др.)

Суправитальные реакции – это способность отдельных тканей и органов трупа в первые часы (до 24 часов) после наступления смерти реагировать на различные внешние раздражители. В комплексе с другими признаками широко используются судебно-медицинскими экспертами для определения давности наступления смерти.

В настоящее время для установления давности наступления смерти используют химическое, механическое и электрическое раздражение гладких мышц радужной оболочки глаз, мышц лица и скелетных мышц.

При проведении этих реакций фиксируют наличие или отсутствие ответной реакции, а при ее наличии — степень выраженности и время появления.

Трупные явления — это необратимые процессы, развивающиеся в трупе после смерти в результате прекращения жизненных функций самого организма. В зависимости от проявления и сроков развития трупные изменения подразделяют на ранние и поздние. Ранние трупные явления развиваются в течение первых суток после смерти. К ним относятся охлаждение трупа, трупное окоченение, трупное высыхание, трупные пятна и аутолиз. Поздние, или трансформативные, трупные явления развиваются обычно со 2-х суток и даже позже в течение более или менее продолжительного срока. Поздние трупные явления подразделяют на разрушающие и консервирующие. К первым относят гниение, ко вторым — мумификацию, жировоск, торфяное дубление. К явлениям, не обусловленным сроком, но связанным с воздействием факторов внешней среды, относят замерзание (действие низкой температуры) и консервацию (в основном жидкостями, обладающими такими свойствами).

Место происшествия *—*это участок местности или поме­щение, где произошло криминально значимое событие, под­лежащее следственному осмотру.

Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнару­жения является неотложным следственным действием, на­правленным на изучение обстановки происшествия, обнару­жение, фиксацию и изъятие различных следов и других ве­щественных доказательств в целях выяснения характера произошедшего события, личности преступника, мотивов со­вершенного преступления, а также иных обстоятельств, имеющих значение для дела. Осмотр организует и проводит следователь. Поэтому все участники осмотра, включая не менее двух понятых, действуют по его указанию и разреше­нию. В соответствии с законом, для участия в осмотре места происшествия может быть вызван врач — специалист в обла­сти судебной медицины, обязанности которого могут испол­нять врачи других специальностей. Все участвующие в осмот­ре принимают меры для сохранения обстановки на месте про­исшествия в первоначальном виде до детального описания следов и объектов с последующей фиксацией в протоколе.

Осмотр включает в себя 2 стадии: статическую и динами­ческую. Различают следующие виды осмотра:

*Концентрический* — проводится от периферии к услов­ному центру. Применительно к преступлениям под центромпонимают очаг преступления, т.е. объекты, на которые были направлены действия преступника (труп, взломанная дверь квартиры в случаях кражи, место пожара и пр.).

*Эксцентрический*— от условного центра к периферии.

*По квадратам* — если территория большая, то для последовательного осмотра ее делят на участки по естественным границам (оврагам, дорогам и пр.), или, если тако­вые отсутствуют, условно разбивают на отдельные прямоугольники, квадраты и пр.

В обязанности врача при работе на месте обнаружения трупа входят:

Выявление признаков, позволяющих судить о факте и времени наступления смерти, характере и механизме образования повреждений, предполагаемом орудии травмы.

Консультация следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром тру­па и последующим проведением СМЭ.

Оказание следователю помощи в обнаружении и изъятии следов, похожих на кровь, сперму и другие выделения человека, волос, различных веществ, предметов, орудий и иных объектов.

Помощь в описании результатов осмотра трупа и других биологических объектов, в составлении протокола осмотра места происшествия.

Помощь следователю в формулировании вопросов, подлежащих разрешению судебно-медицинскими экспертами.

Рекомендуется проводить осмотр трупа на месте его обнаружения в следующей последовательности:

Местоположение и поза трупа.

Предметы на трупе и в непосредственной близости от него.

Одежда и обувь трупа.

Общие сведения о трупе.

Наличие и выраженность трупных изменений.

Признаки переживания тканей (суправитальные реакции).

Особенности частей тела трупа и их повреждения.

Ложе трупа.

**6.Рекомендуемая литература:**

Пиголкин Ю.И., Попов В.Л., Дубровин И.А. Судебная медицина: Учебник.-М.::ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство,2011.- 424с.:ил.

Клевно, В. А. Судебная медицина : учебник для вузов / В. А. Клевно, В. В. Хохлов. — 2-е изд., пер. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 413 с.

**7. Хронокарта занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия | Используемые методы (в т.ч., интерактивные) | Время |
| 1  1.1  1.2  1.3 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Оценка готовности аудитории, оборудования и студентов.  Краткая характеристика этапов и содержания работы студентов на занятии. | Наблюдение | 30 мин. |
| 2 | **Входной контроль** знаний, умений и навыков студентов | Программированный тестовый контроль. Входное тестирование | 30 мин. |
| 3 | **Актуализация теоретических знаний** . | Преподаватель совместно с студентом разбирает основные вопросы темы. Индуктивные, методы стимулирования и мотивации - анализ жизненных ситуаций | 60 мин. |
| 4 | **Отработка** **практических умений и навыков**. | студенты работают с задачами, оформляют акты судебно- медицинского исследования трупов лиц, умерших от воздействия острых предметов. | 60 мин |
| 5 | **Контроль качества** формируемых компетенций /элементов компетенций (знаний, умений, навыков) студентов по теме занятия. | Каждый студент сообщает о проблемах, возникших при описании морфологических изменений данных патологических процессов. Комбинированный мозговой штурм. | 60 мин |
| 6  6.1  6.2 | **Заключительная часть занятия**:  Обобщение, выводы по теме.  Домашнее задание. | Разбор трудностей, возникших при самостоятельной работе выставление оценок. Методы стимулирования и мотивации долга – поощрение. | 30 мин |

**8. Форма организации занятия** - практикум

1.Работа с лекционным материалом

2.Работа с учебниками

3.Решение тестовых и ситуационных задач

**9. Средства обучения:**

- дидактические (*таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал.)*

- материально-технические (*мел, доска, кадаскоп, мультимедийный проектор, интерактивная доска* ***)***

**Тестовые задания.**

1. К ОРИЕНТИРОВОЧНЫМ ПРИЗНАКАМ СМЕРТИ ОТНОСЯТ

ОТСУТСТВИЕ

1) реакция зрачков на свет

2) сознания

3) пульса на крупных артериях

4) дыхания

2. ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

1) трупные пятна

2) отсутствие сознания

3) изменение формы зрачка при сдавлении глазного яблока

4) трупное окоченение

5) отсутствие пульса

3. В КАКИХ УСЛОВИЯХ БЫСТРЕЕ ВСЕГО ОХЛАЖДАЕТСЯ ТРУП ПРИ ОДИНАКОВОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ?

1) на воздухе

2) в помещении

3) в воде

4. ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА НА ТЕЛЕ ВЕРТИКАЛЬНО ВИСЯЩЕГО В ПЕТЛЕ ЧЕЛОВЕКА?

1) на нижних конечностях, нижней части туловища, кистях рук, предплечьях

2) на спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей

3) на передней поверхности туловища, шеи и на лице

5. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ВИДОВ СМЕРТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ ТРУПНЫМИ ПЯТНАМИ?

1) механическая асфиксия через повешение

2) резаная рана шеи с повреждением крупных сосудов

3) хронический нефрит, осложнившийся уремией

6. КАКОВА ПРИЧИНА ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРГАМЕНТНЫХ ПЯТЕН?

1) слущивание эпидермиса с последующим высыханием

2) трупная имбибиция

3) избыточное увлажнение кожных покровов

7. КОГДА ВОЗНИКАЮТ ПЯТНА ЛЯРШЕ?

1) при положении трупа лицом вниз

2) при переполнении соединительных оболочек глаза кровью

3) при высыхании соединительных оболочек глазных яблок

8. КАКОВА СУЩНОСТЬ ПРОЦЕССА ГНИЕНИЯ?

1) самопереваривание тканей ферментами (аутолиз)

2) безмикробный распад белков

3) распад белков под действием микроорганизмов

9. В КАКИХ ОБЛАСТЯХ ТЕЛА РАНЬШЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ ГНИЕНИЯ?

1) на лице и на шее

2) на передне-боковых поверхностях живота

3) на бедрах и голенях

10.ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ ТРУПНАЯ ЭМФИЗЕМА?

1) в середине второй недели

2) к концу первой недели

3) через 2-3 дня

11. КАКОЙ ПРОЦЕСС ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ МУМИФИКАЦИИ ТРУПА?

1) омыление жиров

2) гниение

3) высыхание

12. ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА НА ТЕЛЕ ВЕРТИКАЛЬНО ВИСЯЩЕГО В ПЕТЛЕ ЧЕЛОВЕКА?

1) на нижних конечностях, нижней части туловища, кистях рук, предплечьях

2) на спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей

3) на передней поверхности туловища, шеи и на лице

13. КАКОЙ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ВИДОВ СМЕРТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМИ ТРУПНЫМИ ПЯТНАМИ?

1) механическая асфиксия через повешение

2) резаная рана шеи с повреждением крупных сосудов

3) хронический нефрит, осложнившийся уремией

14. В КАКОМ СЛУЧАЕ МЕНЕЕ ВСЕГО БУДУТ ВЫРАЖЕНЫ ТРУПНЫЕ ПЯТНА?

1) в случае смерти от кровоизлияния в мозг

2) при отравлении окисью углерода

3) в случае смерти от кровопотери

15. ЧЕРЕЗ СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЮТСЯ ТРУПНЫЕ ПЯТНА?

1) через 2-3 часа

2) через 6-8 часов

3) через 10-12 часов

**Эталон ответов**

1 – 1,2,3,4  
2 – 1,3,4  
3 – 3  
4 – 1  
5 – 1  
6 – 1  
7 – 3  
8 – 3  
9 – 2  
10 – 1  
11 – 3  
12 – 1  
13 – 1  
14 – 3  
15 – 1

**Задачи**

**Задача №1**

20 февраля 2010г в 9 часов 30 минут во 2е отделение Ленинского РОВД г. Оренбурга поступило сообщение от гр. Федосеева М.П. о том, что его сосед гр. Суриков К.В., 33 лет, был обнаружен в петле, в своем сарае.

**Учебные данные**

Удавление петлей, петля полужесткая. Имитация самоповешения.

Время наступления смерти – 20.02. в 23:00 часа.

ОМП производился – 21.02. в 05:00

Температура воздуха 00

**ЗАДАНИЕ:**

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

1. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Задача №2

15 сентября 2008г в 21:00 в РОВД Оренбургского района от гражданина Н поступило сообщение о том, что на окраине села Ивановка он обнаружил труп гр. Митрохина С.Н. с признаками насильственной смерти.

Учебные данные

Убийство. Множественные повреждения твердыми тупыми предметами (кулаком, ногами, осколком кирпича).

При осмотре трупа обнаружены следующие телесные повреждения: Ушибленная рана головы в затылочной области, кровоподтеки и ссадины лица, множественные ссадины и кровоподтеки тела.

Время наступления смерти – 15.09 в 20:00

ОМП производился – 16.09 в 02:00

Температура воздуха +5С

ЗАДАНИЕ:

1. Составить протокол осмотра места происшествия и трупа, в котором:

А) С учетом времени наступления смерти и температуры воздуха описать трупные изменения и выраженность суправитальных реакций.

Б) Описать признаки механической асфиксии, выявляемые при наружном осмотре трупа.

2. Составить перечень вопросов, подлежащих разрешению при судебно-медицинской экспертизе трупа.

Задача №1.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: В направлении указано, что направляется труп г-на М., 56 лет, для установления причины смерти, наличия повреждений, определения тяжести вреда здоровью. Со слов родственников упал по пути на кухню и умер, медицинская помощь не оказывалась. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Труп доставлен в рубашке серого цвета, спортивных брюках синего цвета, трусах черного цвета. Труп мужского пола. Кожные покровы бледно-серые за исключением головы, шеи и плечевого пояса, где отмечается синюшность кожных покровов. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. ПОВРЕЖДЕНИЯ: В левой лобной области ссадина неопределенной формы размером 4х2см с красно-коричневой поверхностью ниже уровня кожи. Каких-либо других повреждений не обнаружено. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Полость черепа: Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, бледно-розового цвета с наличием бледно-вишневого кровоизлияния в левой лобной области размером 3х2см. Височные мышцы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, не напряжена, блестящая. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены, полнокровны. Вещество головного мозга мягко-эластической консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены, эпендима их бледная, блестящая. В плевральных и брюшной полостях жидкости и спаек нет. Листки плевры и брюшины гладкие, блестящие. В 17 просвете аорты жидкая темная кровь. Почки парные, бобовидной формы, массой 280гр. обе, эластической консистенции, на разрезе слои определяются хорошо, корковый синюшного цвета, мозговой темно-синюшного цвета. Язык на разрезе мясистого вида, без кровоизлияний. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие мягко-эластической консистенции, на разрезе однородного серо-синюшного цвета, режутся с похрустыванием. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разрезов. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь. В полостях сердца жидкая темная кровь. Эндокард бледно-серый, блестящий. Миокард однородного красно- коричневого цвета с единичными белесыми прожилками. В просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника», при расправлении напоминает жгут диаметром около 0,8см, шероховатые с поверхности, крошковатой консистенции, слоистого строения на разрезе. В просвете дистальных отделов ветвей легочной артерии жидкая темная кровь. В полости желудка содержимого нет. Поджелудочная железа мягко- эластичной консистенции, на разрезе дольчатого вида. Печень массой 1620гр., поверхность гладкая, на разрезе желто-коричневого цвета. В просвете кишечника свойственное отделам содержимое. Произведены диагностические разрезы нижних конечностей с исследованием поверхностных и глубоких вен: слева в просвете жидкая кровь, справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета. Данные лабораторных исследований: при судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта. При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Задача №2.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА: в направлении указано, что направляется труп гр-ки С., 1928г.р., для установления причины смерти, наличия телесных повреждений, степени тяжести телесных повреждений. Со слов родственников длительное время не вставала с кровати. НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: Труп женщины правильного телосложения, 18 повышенного питания. Кожные покровы бледно-серые. Трупные пятна сине- фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. Отеки мягких тканей нижних конечностей. Повреждения: На передней поверхности правого предплечья кровоподтек неопределенной формы размером 4х2см, буровато-зеленого цвета. Полость черепа: кожный лоскут головы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, напряжена. Листки мягкой мозговой оболочки приподняты, отечны. Головной мозг мягко-эластичной консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены. На миндалинах мозжечка странгуляционная борозда шириной около 0,5см. ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: В правой плевральной полости 850мл прозрачной жидкости, в левой плевральной полости 1050мл прозрачной жидкости. В брюшной полости 2600мл аналогичной жидкости. В просвете аорты жидкая темная кровь и желто- красные эластичные свертки. Почки парные, бобовидной формы, массой по 170гр., капсула тонкая, снимается легко, поверхность под ней синюшного цвета, край разреза острый, на разрезе слои определяются с затруднением, корковый и мозговой слои темно-синюшного цвета. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие повышенной воздушности, режутся с хрустом, на разрезе серо-синюшного цвета с бурым оттенком. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разреза, вдоль них белесые прожилки. С поверхности разреза стекает прозрачная жидкость. Сердце размером 16х12х10см, массой 510гр., в полостях сердца жидкая темная кровь и желто- красные свертки. Толщина стенки левого желудочка 1,8см, правого 0,6см. Длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см, аортального клапана 8,0см, легочного ствола 8,5см. Миокард эластичной консистенции, на разрезе коричневого цвета с множественными белесыми прожилками и участком разрастания плотной белесой ткани в области передней и боковой стенки левого желудочка, на площади 5х4см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их сужен эксцентрически расположенными бляшками до ¾ диаметра. В полости желудка содержимого нет. Печень размерами 29х24х23х12см, массой 1920гр., поверхность гладкая, передний край закруглен, ткань плотно- эластичная, на разрезе пестрого вида, за счет темно-вишневых вкраплений на коричневом фоне. Селезенка размером 14х11х6см, массой 290гр., плотной консистенции, капсула гладкая, край разреза острый, на разрезе темно- синюшного цвета. В просвете тонкого и толстого кишечника свойственное отделам содержимое. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

1. Какова причина смерти?

2. Какова давность наступления смерти?

3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

**Эталоны ответов.**

**Задача № 1.**

21.02. в 05:00 в дровяном сарае в 1,5м от западной стены, в 1,5 м от поленницы дров у северной стены, в 2х метрах от стойла с коровой в петле, в положении полного повешения труп мужчины (по предварительным сведениям Суриков К.В., 33 лет). Наложение петли типичное, узел в области затылка, петля одинарная, жесткая. Голова трупа наклонена вправо. Язык в ротовой полости. Верхние конечности свободно висят вдоль туловища, ноги свободно висят. Расстояние от пола до подошвенной поверхности стоп 5,0 см. Петля срезана, упакована. На трупе надето: рубашка серого цвета, брюки черные, сапоги черные, носки черные, трусы серые. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах холодный. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи и верхних конечностях. Трупные пятна сине-фиолетового цвета, расположены в области кистей, предплечий, стоп и голеней, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет в течение 8-10 секунд. На электрическое раздражение умеренно отвечают круговые мышцы глаз, слабо отвечает круговая мышца рта. Температура воздуха 0С, внутрипеченочная температура 26С. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик высотой 1,0 см. Повреждения: В конъюнктиве обоих глаз определяются множественные мелкоточечные кровоизлияние. На кончике языка отпечатки зубов. В области шеи определяются две странгуляционные борозды. Первая расположена в средней трети шеи, шириной 1,5 см, буроватого цвета, замкнутая, ориентирована горизонтально. Вторая косовосходящая, незамкнутая в затылочной области, в верхней трети шеи, слабо выражена, косовосходящая, шириной 2,0см. На наружной и внутренней поверхностях обоих первых пальцев кистей рук обнаружены осаднения буровато-розового цвета. Других повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Сурикова К.В.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Сурикова К.В., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

**Задача № 2.**

15.09 в 02:00 в районе дома №54 по ул. Кирпичной со стороны фасада обнаружен труп мужчины (гр. Митрохин С.Н. по предварительным сведениям) в 50 см от палисадника, в 1,5 м от фонарного столба, в 2,0 м от ворот дома. Труп лежит на спине, головой на север. Голова повернута влево. Левая верхняя конечность согнута в локтевом суставе под углом 350, приведена к туловищу. Правая верхняя конечность отведена от туловища под углом 300, в локтевом суставе прямая. Нижние конечности параллельны друг другу, прямые. Рядом с головой трупа на асфальте потеки буроватой жидкости вида крови. В 50 см от головы трупа осколок кирпича с помарками буроватой жидкости вида крови. На трупе надето: пиджак твидовый коричневого цвета; рубашка белая, на передней поверхности потеки красно-бурой жидкости вида крови; брюки темно-коричневые; ботинки черные; носки черные; трусы серые. Вся одежда с признаками ношения. Одежда снята, упакована. По снятие одежды труп на ощупь холодный, в подмышечных впадинах теплее. Температура воздуха +5С. Внутрипеченочная температура 29С. На электрическое раздражение отвечают все мимические мышцы лица, реакция выражена умеренно. Трупное окоченение умеренно выражено в мышцах шеи. При ударе по двуглавой мышце плеча образуется валик 1,0 см. Трупные пятна бледно фиолетовые, расположены на задней поверхности туловища и ягодицах, на задней поверхности бедер, при надавливании исчезают и восстанавливают свой цвет через 5-7 секунд.

Повреждения: В затылочной области справа рана неправильной формы, размерами 3,5х4,5х2,0см. Края раны размозженные, волосяные луковицы выворочены. В дне раны видна поврежденная кость, при пальпации слабо определяется крепитация. На передней поверхности грудной клетки определяются множественные кровоподтеки бледно-синюшного цвета, неправильной формы, размерами от 2,5х5,0х7,0 до 4,5х6,9х11,5 см. В области правого предплечья на наружной латеральной поверхности определяются множественные осаднения, бледно розового цвета в центре, влажные, бурые по краям, ниже уровня окружающей кожи, ориентированы горизонтально, на площади 5,6х8,1 см. В области коленного сустава справа аналогичные осаднения, ориентированы косо вертикально, на площади 2,5х4,5 см. Других телесных повреждений при осмотре не обнаружено.

Вопросы на разрешение эксперта:

1) Какова причина смерти гр. Митрохина С.Н.?

2) Давность наступления смерти?

3) Какие телесные повреждения имелись у гр. Митрохина С.Н., их характер, механизм, давность и последовательность образования?

4) На момент смерти не находился ли гр. Митрохин в состоянии алкогольного или наркотического опьянения?

Эталон № 1.

1. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – тромбофлебит глубокой вены правой голени, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии с развитием пульмоно-коронарного рефлекса, что подтверждается данными макроскопического исследования (синюшность головы и плечевого пояса, в просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника»; справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета) и судебно-гистологического исследования (в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лифмо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы).

2. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – ссадина в лобной области, которая возникла от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой незадолго до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1%о, в моче - 1,6%о этилового спирта, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени опьянения в стадии выведения.

5. При исследовании трупа обнаружены хронические заболевания: Хронический бронхит, эмфизема. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Эталон № 2.

1. Причиной смерти гр-ки С. явилось заболевание – хроническая ишемическая болезнь сердца, морфологическими проявлениями которой явились: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия миокарда. Прогрессия заболевания обусловила развитие осложнения – хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации, что подтверждается расширением полостей сердца (длина окружности двухстворчатого клапана 12,5см, трехстворчатого 14,0см), явлениями хронического венозного застоя (бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки, мускатная печень), водянка полостей, отеки нижних конечностей. 1. Согласно трупным явлениям (Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при 24 дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц.) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

2. При исследовании трупа обнаружено повреждение – кровоподтек на предплечье, который возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой в срок за 3-5 суток до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела №2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен. 5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Хронический бронхит, эмфизема.

**СХЕМА «ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТА»**

(«АКТА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРУПА»)

1. Вводная часть:

1.1.Сведения, излагаемые на титульном листе:

• время (дата и час) производства экспертного исследования;

• условия, имеющие значение для экспертного исследования (освещение, температура воздуха и др.);

• на каком основании (постановление или направление) производится экс-пертное исследование; сведения о лице, назначившим экспертизу (иссле-дование);

• место производства экспертного исследования;

• фамилия, имя, отчество эксперта, занимаемая должность, образование, специальность и стаж работы, квалификационная категория, учёная сте-пень, учёное звание;

• фамилия, имя, отчество умершего и его возраст (год рождения);

• лица, присутствующие при производстве экспертного исследования;

• подписка судебно-медицинского эксперта о разъяснении ему процессу-альных прав и обязанностей, об его ответственности (при составлении «Заключения эксперта»);

1.2. Сведения, излагаемые на втором листе «Заключения …» («Акта …»):

• перечень вопросов, поставленных на разрешение экспертизы (при составлении «Заключения эксперта»).

• рубрика «Предварительные сведения»» (при оформлении «Заключения эксперта» эту рубрику чаще именуют «Обстоятельства дела»). В ней обя-зательно указывают, из каких документов получены сведения (название, номер, дата оформления и лицо, составившее документ). В данный раздел целесообразно внести следующие сведения:

- место обнаружения трупа;

- положение (поза) трупа;

- состояние одежды;

- характер трупных изменений;

- данные о повреждениях на трупе;

- основные данные, характеризующие место происшествия (обстановка, положение трупа, обнаруженные вещественные доказательства).

- сведения об условиях наступления смерти (из документов).

2. Исследовательская часть:

2.1. Наружное исследование.

2.2. Внутреннее исследование.

В указанных разделах подробно и последовательно описывают состоя-ние исследованных органов и тканей, указывают какие органы и ткани взяты для лабораторного исследования и цель этих исследований, а какие для передачи следователю и пр., в соответствии с «Инструкцией по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы».

3. Судебно-медицинский диагноз.

Диагноз формулируют, как правило, сразу же после экспертного иссле-дования трупа. В неясных случаях (при подозрении на отравление, при сложной патологоанатомической картине и т.д.) в диагнозе приходится просто указывать обнаруженные морфологические признаки, без указания нозологической единицы. Либо формулировку диагноза откладывают до получения результатов лабораторных исследований.

Если после проведения лабораторных исследований требуется уточнить или изменить диагноз, следует написать его вторично, указав: «Судебно-медицинский диагноз уточнённый» или «Судебно-медицинский диагноз с учётом результатов лабораторных исследований».

4. Результаты лабораторных исследований (с указанием даты получения анализа, номера исследования).

5. Выводы (Заключение).

6. Приложения: (фотографии, контурные изображения с отмеченными на них повреждениями, схемы и т.д.).

**Тема 4,5**: **МКБ 10. Особенности кодирования диагнозов.**

**Цель**: углубить и обновить знания студентов по международной классификации болезней х пересмотра.

**Задачи**:

***обучающая:*** обновить знания студентов по вопросам международной классификации болезней х пересмотра.

***развивающая:*** формирование у студентов знаний по вопросам международной классификации болезней х пересмотра.

***воспитывающая:*** воспитание стремления к повышению своего общекультурного, интеллектуального и профессионального уровня, интереса к патологической анатомии, формирование ценностного отношения к специальности патологическая анатомия.

**Вопросы для рассмотрения:**

1. Структура МКБ-10
2. Правила кодирования диагнозов по МКБ-1
3. Структура МКБ-10
4. . Правила кодирования диагнозов по МКБ-1
5. Особенности кодирования диагнозов при инфекционных и паразитарных болезнях
6. Особенности кодирования при новообразованиях
7. Особенности кодирования диагнозов при болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях обмена веществ
8. Особенности кодирования диагнозов при болезнях эндокринной системы
9. Особенности кодирования диагнозов при психических расстройствах и расстройствах поведения
10. Особенности кодирования диагнозов при заболеваниях нервной системы
11. Особенности кодирования диагнозов при болезнях уха и сосцевидного отростка
12. Особенности кодирования диагнозов при болезнях системы кровообращения
13. Особенности кодирования диагнозов при болезнях органов дыхания
14. Особенности кодирования диагнозов при болезни органов пищеварения и мочеполовой системы
15. Особенности кодирования диагнозов при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани
16. Особенности кодирования диагнозов при симптомах, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в другие рубрики
17. Особенности кодирования диагнозов при травмах, отравлениях.
18. Особенности кодирования диагнозов при внешних причинах заболеваемости и смертности.
19. Особенности кодирования диагнозов при врожденных аномалиях

Основные понятия темы:

Документом, который позволит все это правильно представить в органы статистики, является «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ). Согласно приказу МЗ РФ 3170 от 25.05.1997 г., учреждения здравоохранения РФ перешли на МКБ 10-го пересмотра, принятую ВОЗ. Главное нововведение в МКБ-10 — это использование алфавитно-цифровой системы кодирования (ранее была цифровая), предполагающей наличие в четырехзначной рубрике одной буквы, за которой следуют три цифры (например, Е.00.0-Е.99.9). Такая система позволила увеличить более чем в 2 раза размеры структуры кодирования. Вторая особенность состоит в том, что в МКБ-10 включены новые классы, позволяющие систематизировать не только болезни и причины смерти, но и условия, способствующие заболеваемости и смертности. В МКБ 10-го пересмотра отражены:

• подробный перечень трехзначных рубрик и дополнительных четырехзначных подрубрик для кодирования заболеваемости, смертности и диагнозов, краткие табличные перечни причин смертности и заболеваемости;

• определения, стандарты и требования к отчетности, связанные с материнской, фетальной, перинатальной, неонатальной и младенческой смертностью;

• правила и инструкции, касающиеся кодирования основных причин смерти и кодирования основных состояний, обусловливающих заболеваемость.

МКБ-10 состоит из трех основных томов. 1 том (две части) содержит полный перечень известных в настоящее время заболеваний, патологических процессов и условий их реализации. Все указанные выше понятия разделены на 21 класс (причем не на едином принципе, а по нескольким признакам — этиологическому, анатомо-топографическому, возрастно-половому, и т.д.). Классы обозначены буквой и вынесены в общее оглавление:

I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (трехзначные рубрики (А00-В99)

II. Новообразования (C00-D48)

III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)

ГѴ. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (Е00-Е90)

V. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)

VI. Болезни нервной системы (G00-G99)

VII. Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)

VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка (H60-H95)

IX. Болезни системы кровообращения (I00-I99)

X. Болезни органов дыхания (J00-J99)

XI. Болезни органов пищеварения (К00-К93)

XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (М00-М99)

XIV Болезни мочеполовой системы (N00-N99)

XV. Беременность, роды и послеродовый период (О00-О99).

XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (Р00-Р96)

XVII. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99).

XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99).

XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98).

XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (V01-Y99).

XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения (Z00-Z99).

Нетрудно заметить, что классы сформированы неоднородно, особенно I, III ,IV, XIII, что затрудняет поиск кода заболевания. Например, грипп — инфекционное заболевание входит не в I, а в X класс, вероятно потому, что всегда связан с органами дыхания. Почему-то системные васкулиты входят не в класс сердечно-сосудистых заболеваний, а в XIII класс.

Для облегчения поиска кода полезно пользоваться «внутренним оглавлением», которое представлено на странице 27 и содержит перечень групп, входящих в каждый класс. Также перечень групп имеется в начале каждого класса заболеваний, а затем каждая группа представлена конкретными болезнями в виде нозологических единиц, синдромов, патологических состояний, симптомов, травм, обстоятельств, условий и т.д. МКБ имеет иерархическую структуру с подразделами. Она обеспечивает идентификацию конкретной болезни и представление статистических данных по группам и классам, но коды имеют только отдельные болезни и процессы. Сердцевиной МКБ-10 является трехзначный буквенно-цифровой код, представленный латинской буквой и двумя цифрами, который служит минимальным уровнем кодирования. При необходимости с целью уточнения и детализации трехзначный код дополняется после точки четвертым знаком. Например, острый инфаркт миокарда — I21, острый инфаркт миокарда передней стенки — I21.0. Это так называемое интранозологическое кодирование форм, вариантов болезни. Кроме того, для некоторых заболеваний и процессов предусмотренно двойное кодирование. Главным кодом из них (код для основных статистических разработок) является код, помеченный вытянутым крестиком (f), вспомогательным (для специальных разработок) — код, помеченный звездочкой (\*). Например, гломерулонефрит при синдроме Гудпасчера, с одной стороны, является заболеванием почек (класс XIV), с другой — системным васкулитом (класс XIII). Поэтому с одной стороны будет код N08\*, а с другой будет стоять код M31f. Более важным кодом будет код М31, его и нужно использовать в свидетельстве о смерти.

Некоторые трудности представляет поиск кода ятрогений, особенно когда они становятся основным заболеванием, основной причиной смерти. «Предсказуемые ятрогении» можно найти в конце некоторых рубрик. «Внезапные ятрогении» нужно искать в классе XIX.

На основе кодирования по трехзначным рубрикам (обязательный уровень) в 1 томе предложено использовать четыре перечня для статистики данных смертности:

1) перечень 1 — общая смертность, краткий перечень — 103 причины;

2) перечень 2 — общая смертность, отобранный перечень — 80 причин;

3) перечень 3 — младенческая и детская смертность — 67 причин;

4) перечень 4 — младенческая и детская смертность, отобранный перечень — 51 причина.

В перечень для статистической обработки данных заболеваемости включено 298 причин.

Кроме 1-го тома, содержащего полные и краткие перечни и набор кодов, существует 2-й том МКБ-10, представляющий собой инструкции по работе с МКБ, и 3-й том — алфавитный указатель заболеваний и процессов, облегчающий поиск необходимого кода.

Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа и сравнения данных о заболеваемости и смертности в разных странах и регионах.

МКБ не предназначена и непригодна для интерпретации отдельных клинических случаев. Она не подменяет принятую номенклатуру болезней и рабочие классификации. Перефразируя выражение известного отечественного политика начала прошлого века для характеристики диагноза, можно сказать: «Диагноз не догма, а руководство к действию».

По поводу значения МКБ можно сказать: «МКБ не догма, а руководство к отчетности!»

На основе МКБ существует две основные группы отчетности: 1) отчетность, относящаяся к состоянию здоровья (заболевание с которым больной лежал в отделении). Естественно, что лежать он мог и с предварительным симптоматическим или синдромным диагнозом, но по поводу его жалоб проводились какие-то диагностические и лечебные мероприятия; 2) отчетность, относящаяся к «диагнозу больного», построенного по всем требованиям.

В связи с изложенным понятия «обращаемость», «заболеваемость», «смертность» отражают разные виды и уровни отчетности. При этом в статистике обращаемость, заболеваемость, смертность выражается как экстенсивный показатель, т.е. как общее число в расчете на тысячу или сто тысяч населения. Летальность — это процент умерших от заболевших, прошедших через стационар, т.е. — интенсивный показатель, который рассчитывается на случайную цифру. Кодирование по МКБ обращаемости, заболеваемости, смертности — это отражение и разных уровней диагноза: предварительного, этапного, окончательного.

Естественно, что такой полиморфизм отчетности не должен подрывать классических требований к диагнозу больного. Важно помнить, что название (номенклатура) болезни не определяет его диагностический уровень и место в диагнозе. Так, пневмония, ами- лоидоз, сахарный диабет, панкреатит могут выступать как первичные заболевания, как самостоятельные нозологические единицы, а могут быть осложнениями других заболеваний. Используемая в настоящее время классификация пневмоний, разделяющая их на внутрибольничные и внебольничные, является эпидемиологической. Такой диагноз допустим только при поступлении, так как представляет пневмонию как группу, а не как нозологическую единицу. А диагноз «вторичная пневмония» на первом месте является вообще нелогичным, так как вторичная пневмония — это осложнение другого заболевания.

Инфаркт миокарда, ишемический или геморрагический инсульты могут рассматриваться как «эквивалент нозологической единицы» в группах ишемической болезни сердца, цереброваскулярных болезней, а могут выступать как осложнение при установленных других причинах и условиях. Беременность является физиологическим состоянием, а не болезнью, поэтому может стоять в диагнозе на первом месте как причина обращаемости, и если беременность протекает без патологии. При наличии патологии беременности — патология должна стоять в диагнозе на первом месте.

Статистика заболеваемости и смертности неодинаковы. Опорным понятием для кодирования обращаемости и заболеваемости является понятие основное состояние (т.е. главное на момент кодирования), код его может принадлежать симптому, патологическому состоянию, синдрому или нозологической единице. Опорным понятием для кодирования смертности является первоначальная причина смерти, которая должна быть представлена нозологической единицей.

Таким образом, об одном больном в статистику может быть представлена с разных этапов множественная кодировка, которая будет отражать разные проблемы медицины.

Направленность нашего цикла предполагает научить студентов кодировать смертность. Для правильного поиска кода первоначальной причины смерти в сложных ситуациях в МКБ дается несколько рекомендаций:

Правило 1. Если может быть записан последовательный ряд событий, которые могли привести к смерти, то выбирают исходную причину из этого ряда.

Правило 2. Если ряд событий в свидетельстве о смерти непоследовательный или сомнительный, то для кодировки вынужденно выбирают непосредственную причину смерти.

Правило 3. Если состояние, выбранное согласно общему принципу или правилам 1 или 2, явно является прямым следствием другого состояния, указанного в части I или II, то для кодирования выбирают это первичное состояние.

Например, пневмония может рассматриваться как осложнение, т.е. следствие тяжелых изнурительных болезней (инфекций, злокачественных новообразований, особенно гемобластозов, травм головного или спинного мозга, инсульта и др.).

Некоторые послеоперационные осложнения (пневмония, кровотечение, тромбофлебит, тромбозы, эмболии, инфаркты, аспирация, ателектазы, острая почечная недостаточность) могут рассматриваться как прямое следствие операции, если есть патогенетическая связь между ними и осложнения развились не позднее 4 недель после операции. Основным заболеванием в таком случае выбирается заболевание, послужившее причиной операции.

Острые или терминальные болезни системы кровообращения, указанные как следствие злокачественного новообразования, сахарного диабета, бронхиальной астмы, при наличии патогенетической связи можно рассматривать как последовательный ряд событий.

Отдаленные последствия излеченных заболеваний, превратившиеся в самостоятельные «вторые болезни», можно рассматривать как основное заболевание и первоначальную причину смерти (например, гидроцефалия после отдаленного излеченного менингита, приобретенный порок сердца после отдаленного излеченного эндокардита и т.д.).

**7. Рекомендуемая литература:**

1. МКБ х пересмотра.

2. Висмонт Ф.И. Общая патофизиология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ф.И. Висмонт, Е.В. Леонова, А.В. Чантурия. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2011. — 364 c. — 978-985-06-1946-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20099.html>

3. Черешнев В.А. Клиническая патофизиология [Электронный ресурс] / В.А. Черешнев, П.Ф. Литвицкий, В.Н. Цыган. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : СпецЛит, 2012. — 432 c. — 978-5-299-00511-0. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47781.html>

Дополнительная литература

1. Патология шейки матки и генитальные инфекции: монография / под ред. В. Н. Прилепской. - М. : МЕДпресс-информ, 2008. - 384 с.

2. Цыган В.Н. Патофизиология обмена веществ [Электронный ресурс] / В.Н. Цыган. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 340 c. — 978-5-299-00565-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/45713.html>

3. Патофизиология. Основные понятия. Ефремов А.В., Самсонова Е.Н., Начаров Ю.В./ Под ред. А.В. Ефремова. 2010г. -256с.

4. Чурилов Л.П. Патофизиология иммунной системы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л.П. Чурилов, А.Г. Васильев. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : Фолиант, 2014. — 664 c. — 978-5-93929-251-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60938.html>

**8. Хронокарта занятия** *(составляется исходя из вида и структуры занятия, его целей и задач; поэтому этапы, содержание и временные рамки могут варьироваться).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия | Используемые методы (в т.ч., интерактивные) | Время |
| 1  1.1  1.2  1.3 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Оценка готовности аудитории, оборудования и студентов.  Краткая характеристика этапов и содержания работы студентов на занятии. | Наблюдение | 30 мин. |
| 2 | **Входной контроль** знаний, умений и навыков студентов (*если предусмотрен; перечисляются формы и методы входного контроля).* | Программированный тестовый контроль. Входное тестирование | 90 мин. |
| 3 | **Актуализация теоретических знаний** (*если предусмотрено, перечисляются формы и методы контроля).* | Преподаватель совместно с студентами разбирает основные вопросы темы. Индуктивные, методы стимулирования и мотивации - анализ жизненных ситуаций | 60 мин. |
| 4 | **Отработка** **практических умений и навыков** *(в т.ч., самостоятельная работа студентов; указываются виды практических заданий и упражнений, виды самостоятельной работы студентов).* | студенты работают с задачами. | 90 мин |
| 5 | **Контроль качества** формируемых компетенций /элементов компетенций (знаний, умений, навыков) студентов по теме занятия (*если предусмотрен; перечисляются формы и методы проверки знаний, умений и навыков студентов).* | Каждый студент сообщает о проблемах, возникших при описании морфологических изменений данных патологических процессов. Комбинированный мозговой штурм. | 90 мин |
| 6  6.1  6.2 | **Заключительная часть занятия**:  Обобщение, выводы по теме.  Домашнее задание (*если предусмотрено).* | Разбор трудностей, возникших при самостоятельной работе выставление оценок. Методы стимулирования и мотивации долга – поощрение. | 60 мин |

**9. Форма организации занятия** - практикум

1.Работа с лекционным материалом

2.Работа с учебниками

3.Решение тестовых и ситуационных задач

**10. Средства обучения**:

- дидактические (*таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал.)*

- материально-технические (*мел, доска, кадаскоп, мультимедийный проектор, интерактивная доска )*

**Тестовые задания:**

Выбрать правильные ответы:

**1.Здоровье** - это  
А) хорошее самочувствие и отсутствие признаков болезни;  
Б) отсутствие жалоб и нормальные лабораторные анализы;  
В) состояние полного физического и психического благополучия;  
Г) состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов.  
**2.** Патологическая реакция - это  
А) разновидность болезней;  
Б) кратковременная необычная реакция организма на какое-либо воздействие;  
В) необычный результат лабораторного анализа;  
Г) защитная реакция организма на неблагоприятное внешнее воздействие.  
**3. Один и тот же патологический процесс**  
А) вызывается только одной причиной;  
Б) бывает только при одной болезни;  
В) может быть вызван различными причинами и возникать при различных болезнях.  
Г) при конкретном заболевании не может сочетаться с другими патологическими процессами.  
**4. Этиология** – это   
А) учение о причинах и условиях возникновения и развития болезней;  
Б) учение о механизмах развития болезней;  
В) исход болезни;  
Г) причина и механизм патологического процесса.  
**5. Профилактика в медицине направлена на**  
А) выявление причин заболеваний;  
Б) выявление причин заболеваний, их искоренение или ослабление;   
В) улучшение условий труда и отдыха;  
Г) закаливание организма и предупреждение инфекционных заболеваний с помощью прививок.  
**6. Патогенез** - это  
А) раздел патологии, изучающий механизмы развития болезней;   
Б) то же самое, что и патологический процесс;  
В) заболевание определенного вида;  
Г) причина болезни.  
**7. К исходам болезни относится**  
А) выздоровление;  
Б) обострение болезни;  
В) ремиссия;  
Г) рецидив.

**8. Клиническая смерть - это**  
А) смерть в лечебном учреждении;  
Б) смерть от заболевания;  
В) состояние, которое может быть обратимым;  
Г) состояние, при котором погибает кора головного мозга.  
**9. Рецидив болезни** - это  
А) обострение хронического процесса;  
Б) повторное возникновение одной и той же болезни;  
В) исход болезни;  
Г) стадия болезни.  
**10. Патологическое состояние**  
А) является особым видом заболевания;  
Б) является начальным периодом болезни;  
В) может возникнуть в результате ранее перенесенного заболевания;  
Г) является кратковременной необычной реакцией на внешние раздражители.  
**11. Причины болезни могут быть**  
А) внешними и внутренними;  
Б) постоянными и временными;  
В) легкими и тяжелыми;  
Г) острыми и хроническими.  
**12. При неполном выздоровлении**  
А) сохраняются слабо выраженные симптомы болезни;  
Б) возникает рецидив болезни;  
В) сохраняются изменения в лабораторных анализах;  
Г) в организме присутствуют остаточные явления в виде нарушений структуры и функции.  
**13. Острое заболевание обычно протекает**  
А) 1-2 дня;  
Б) 5-14 дней;  
В) 30-40 дней;  
Г) в отдельных случаях в течение нескольких месяцев.

**14. Декомпенсация-это**  
А) истощение компенсаторных возможностей организма;  
Б) защитно-приспособительная реакция организма;  
В) нарушение правильного [соотношения структурных элементов в органе](http://topuch.ru/osnovnie-ponyatiya-himii/index.html);  
Г) извращенный вариант компенсаторной реакции организма при заболевании.  
**15 .Регенерация бывает**  
А) достаточной и недостаточной;  
Б) нормальной и аномальной;  
В) физиологической, восстановительной и патологической;  
Г) непрерывно прогрессирующей и вялотекущей.   
**16. Гипертрофия бывает**  
А) врожденной и приобретенной;  
Б) астрофической и дистрофической;  
В) истинной и ложной;  
Г) ювенальной и старческой.  
**17. Заживление бывает**  
А) первичным и вторичным натяжением;  
Б) быстрым и медленным;  
В) достаточным и недостаточным;  
Г) местным и общим.  
**18. Стадия истощения - это**  
А) последняя фаза голодания;  
Б) исход хронического заболевания;  
В) последняя стадия общего адаптационного синдрома (стресс);  
Г) результат недостаточного поступления в организм витаминов.  
**19. Для шока любого происхождения характерно**  
А) суживание сосудов с последующим их расширением, расстройство микроциркуляции;  
Б) падение АД без нарушений микроциркуляции;  
В) увеличение ЧСС, нормальное АД;  
Г) дыхательные расстройства.  
**20. Шок бывает**  
А) [острым и хроническим](http://topuch.ru/vozbuditeli-atipichnih-mikobakteriozov/index.html);  
Б) болевым и психогенным;  
В) геморрагическим и травматическим;  
Г) физиологическим и патологическим.  
**21. Основное звено в патогенезе комы-**  
А) угнетение ЦНС;  
Б) уменьшение ОЦК;  
В) выброс в кровь гормонов коры надпочечников;  
Г) расстройство кровообращения.  
**22. Резистентность - это**  
А) устойчивость организма к патогенным воздействиям;  
Б) реакция организма на травму;  
В) сопротивляемость организма к отдельным видам патогенных микроорганизмов;  
Г) приобретенная устойчивость тренированных организмов к тяжелым физическим нагрузкам.  
**23. Гипоэргия - это**  
А) пониженное образование энергии в организме;  
Б) сниженная реакция организма на воздействие болезнетворных факторов;  
В) уменьшение размеров органа от его бездействия;  
Г) ненормальное - усиленная реакция организма на внешней раздражитель.

**24. Артериальная гиперемия - это**

A) увеличение кровенаполнения органа или ткани вследствие усиления притока крови

Б) увеличение кровенаполнения органа или ткани вследствие затруднения оттока крови

В) уменьшение кровенаполнения органа или ткани вследствие уменьшения притока крови

Г) местная остановка кровотока в сосудах микроциркуляторного русла, чаще всего в капиллярах

E) циркуляция в крови частиц, которые в норме не встречаются.

**25. Какие виды артериальной гиперемии можно отнести к физиологическим?**

A) рабочую

Б) постишемическую

В) воспалительную

Г) нейропаралитическую

Д) возникающую при действии адекватных доз физических и химических факторов (рефлекторная)

**26. Укажите артериальные гиперемии, являющиеся патологическими:**

A) рабочая

Б) постишемическая

В)воспалительная

Г) нейропаралитическая

Д) рефлекторная, возникающая при действии адекватных доз физических и химических факторов

**27. Ведущим звеном патогенеза артериальной гиперемии является**

A) Затруднение оттока крови

Б)Расширение артериол и увеличение притока крови

В) Уменьшение притока крови

Г) Увеличение линейной скорости кровотока

Д) Увеличение количества функционирующих капилляров

**28. При каких состояниях может развиться венозная гиперемия?**

A) сердечной недостаточности

Б) увеличении минутного выброса крови

В) обтурации венозных сосудов

Г) компрессии приносящих сосудов

Д)недостаточности клапанов вен

**29. Причиной венозной гиперемии является**

А) недостаточность клапанов вен

Б)расширение артериол

В)артериосклероз

Г) тромбоз артерий

Д)сужение артериол.

**30. В основе венозной гиперемии лежит**

A) Затруднение оттока крови

Б) Увеличение притока крови

В) Склеротические изменения артерий

Г) Рефлекторное расширение артериол

Д) Повышение объема циркулирующей крови

**31.Компенсаторные механизмы при сердечной недостаточности–**  
А) расширение полостей сердца и тахикардия  
Б) усиление гемопоэза и увеличение ОЦК  
В) выброс гормонов коры надпочечников и сужение сосудов  
Г) застой крови в большом круге и появление отёков.  
**32.Дилатация полостей сердца бывает:**  
А) физиологической и патологической  
Б) компенсированной и декомпенсированной  
В) тоногенной и миогенной  
Г) временной и постоянной  
**33. Гиперемия – это:**  
А) увеличение кровенаполнения ткани  
Б) покраснение ткани  
В) воспаление ткани  
Г) уменьшение кровенаполнения ткани  
**34.Причиной венозной гиперемии может быть:**  
А) сдавление вен  
Б) увеличение вязкости крови  
В) повышенное потребление кислорода тканями  
Г) усиление ЧСС

**35. Сладж – это**  
А) скучивание и слипание эритроцитов  
Б) внутрисосудистое свёртывание крови  
В) активизация свёртывающей системы крови  
Г) врождённое нарушение способности крови к свёртыванию.  
**36. Инфарктом называется**  
А) только заболевание сердечной мышцы  
Б) некроз тканей, соприкасающихся с внешней средой  
В) некроз участка органа как исход ишемии  
Г) обратимые изменения в тканях в результате ишемии.

**37.Тромбоз возникает из-за**  
А) активизации свёртывающей системы крови  
Б) закупорки сосуда сгустком крови  
В) замедления кровотока, повреждения сосудистой стенки, усиления свёртываемости крови.  
**38.Эмбол – это**  
А) сгусток крови  
Б) пузырёк воздуха  
В) сгусток фибрина  
Г) любой материальный объект, закупоривший сосуд.  
**39.Скопление крови в тканях –это**  
А) кровоизлияние  
Б) гематома  
В) кровоподтёк  
Г) геморрагия.  
**40. Лимфедема – это**

А) лимфатический отёк  
Б) истечение лимфы из повреждённого лимфатического сосуда  
В) скопление лимфы в тканях  
Г) воспаление лимфатического сосуда

**41. К экстремальным состояниям относят**

A) преагонию

Б) агонию

В) клиническую смерть

Г) биологическую смерть

Д) кому

**42. Патологическое депонирование крови при шоке наблюдается преимущественно в**

A) костном мозге

Б) сердце

В) сосудах органов брюшной полости

Г) сосудах нижних конечностей

Д) легких

**43. Укажите состояния, которые относят к экстремальным:**

A) уремическая кома

Б) кетоацидотическая кома

В) шок

Г) гипергидратация

Д) гиперволемия

**44. Выберите проявления, характеризующие торпидную фазу шока:**

A) ослабление эффектов симпато-адреналовой системы

Б) тахикардия, артериальная гипертензия

В) двигательное и речевое возбуждение

Г) уменьшение сердечного выброса

Д) депонирование крови

**45. В патогенезе комы имеет значение:**

A) гипоксия и энергодефицит нейронов головного мозга

Б) интоксикация

В) нарушение кислотно-основного состояния

Г) нарушение электролитного гомеостаза

Д) все ответы верны

**46. Выберите проявления, характеризующие эректильную фазу шока:**

A) активация симпато-адреналовой системы

Б) артериальная гипотензия

В) двигательное и речевое возбуждение

Г) гипервентиляция легких

Д) депонирование крови

**47. Выберите проявления, характеризующие торпидную фазу шока:**

A) ослабление эффектов симпато-адреналовой системы

Б) тахикардия, артериальная гипертензия

В) двигательное и речевое возбуждение

Г) уменьшение сердечного выброса

Д) депонирование крови

**Эталон ответов**

1.Г 2.Б 3.В 4.А 5.Б 6.А 7.А 8.В 9.Б 10.В 11.А 12.Г 13.Б 14.А 15.В 16.В 17.А 18.В 19.А

20.В 21.А 22.А 23. Б 24.А 25.АД 26.БВГ 27.Б 28.АВД 29.А 30.А 31.А 32.В 33.А 34.А 35.А

36.В 37.В 38.Г 39.В 40.А 41.Д 42.В 43.АБВ 44.АГД 45.Д 46.АВГ 46.АГД

**Задачи:**

**Задача №1**.

У больного М., 57 лет, на почве хронической сердечной недостаточности развился выраженный асцит. Когда с лечебной целью и довольно быстро ему произвели удаление жидкости из брюшной полости, пациент внезапно потерял сознание.

1) какой вид расстройства местного кровообращения явился непосредственной причиной обморока?

2) как этот вид расстройства местного кровообращения можно назвать по механизму возникновения?

3) какой вид расстройства местного кровообращения в брюшной полости способствовал развитию обморочного состояния пациента?

4) как данный вид расстройства местного кровообращения можно назвать по механизму его развития?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №1

1) Ишемия головного мозга

2) Перераспределительная (коллатеральная)

3) Артериальная гиперемия (постишемическая)

4) Миогенная (миотоническая).

**Задача № 2.**

У больного П., 65 лет неделю назад появилась слабая боль в правой нижней- 49 -конечности, незначительное покалывание. Состояние больного, ухудшилось, и он поступил в горбольницу в хирургич. отделение с жалобами на острую боль, нарушение чувствительности и движений в правой нижней конечности.

Объективно: в области голени кожные покровы бледные, похолодание, отсутствие пульса. В анамнезе атеросклероз аорты.

1) О каком типовом патологическом процессе идет речь, если учесть нарушение чувствительности, движения в правой нижней конечности и др., симптомы.

2) Какое заболевание могло способствовать возникновению данного нарушения регионарного кровообращения?

3) Назовите 3 симптома, свидетельствующих, о наличии данного нарушения регионарного кровообращения.

4) Назвать возможный механизм данного нарушения регионарного кровообращения в этом случае?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №2

1) Ишемия.

2) Атеросклероз.

3) Похолодание правой голени, отсутствие пульса, бледность.

4) Обтурационный (бляшка атеросклеротическая, тромб).

**Задача №3**

1. Назвать главное отличие понятий «воспалительная реакция» и «воспалительный процесс»
2. По биологическому значению для организма, какой является воспалительная реакция – местной или общей?

3) Назвать четыре условия, от которых зависит развитие воспаления.

4) Назвать три фазы воспаления.

Эталоны ответов на вопросы ситуационного задания №3

1) воспалительная реакция – защитная, а воспалительный процесс включает в себя повреждение и защитную воспалительную реакцию.

2) местная.

3) сила раздражителя, длительность его действия, повреждение тканей, состояние реактивности организма.

4) альтерация, изменение микроциркуляции с экссудацией и эмиграцией, пролиферация.

**Задача № 4**

Д., 17 лет, в результате дорожно-транспортного происшествия получила травму, доставлена в больницу попутным транспортом. При осмотре в приемном отделении: в области средней трети бедра - деформация, пострадавшая заторможена, слабой гримасой реагирует на перекладывание и пальпаторное исследование, отмечается бледность кожных покровов, пульс 120 в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., дыхание учащенное, поверхностное.

Вопросы:

1. Какое состояние наблюдается у пострадавшей?- 68 -

2. Какая фаза?

3. Какой вид шока осложняет состояние больного?

4. Почему пострадавшая почти не реагирует на манипуляции?

5. Какими механизмами можно объяснить артериальную гипотензию?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №4

1. Травматический шок.

2. Торпидная фаза.

3. Геморрагический шок.

4. Угнетение активности центров ЦНС в торпидную фазу.

5. Падение тонуса сосудов вследствие снижения возбудимости сосудодви-гательного центра. Гиповолемия вследствие кровопотери и патологического депонирования крови.

**Задача №5**

У ребёнка М., после употребления в пищу цитрусовых через несколько минут ощущается зуд и жжение во рту, затем присоединяются рвота и понос, кожа краснеет, появляется высыпания, отек типа Квинке, кожный зуд. При обследовании врач предположил наличие аллергии к данному продукту у ребёнка.

1. Назвать, к какому типу аллергии относится реакция у ребёнка:

а) по скорости возникновения

б) по механизмам развития

в) по типу повреждения ткани.

2. Назвать аллерген – причину данной аллергической реакции

3. Назвать фазу аллергической реакции, в которой находится ребёнок до употребления в пищу цитрусовых.

4. Назвать фазу, в которой находится ребёнок в момент употребления цитрусовых.

5. Назвать фазу, в которой находится ребёнок после употребления цитрусовых, когда наблюдается первые клинические симптомы

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №5

1. А) немедленного типа; б) В – зависимые, химэргические; в) реагинового типа;

2. Экзогенный, неинфекционный, пищевой аллерген (цитрусовые фрукты)

3. Иммунологическая фаза

4. Патобиохимических изменений.

5. Патофизиологических изменений

**Задача №6**

На приёме у врача пациент Ж. 39 лет жалуется на сильные постоянные головные боли, в связи с чем он принимал анальгин. Из анамнеза выяснилось, что впервые боли появились около 4 х месяцев назад. До этого состояние здоровья Ж. было удовлетворительным, но периодически происходило повышение АД.При обследовании: кожные покровы и видимые слизистые гиперемированы, АД 185/125 мм рт.ст., размеры печени увеличены, голени и стопы пастозны. Пациент госпитализирован в терапевтическую - 138 -клинику. Анализ крови, сделанный в клинике: эритроцитоз (6,7·1012/л), лейкоцитоз (11,2·109/л), тромбоцитоз (650·109/л).

Вопросы

1. Какие формы патологии развились у Ж.? Ответ аргументируйте.

2. Можно ли заключить, что у Ж., помимо других форм патологии, имеется артериальная гипертензия? Какие дополнительные исследования необходимо провести для определения её патогенеза?

3. Есть ли основания утверждать, что у Ж. есть сердечная недостаточность? Какие данные необходимы Вам для однозначного заключения?

4. Возможна ли патогенетическая связь между повышенным уровнем АД и имеющимися изменениями в крови в данном случае? Ответ обоснуйте.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №6

1. а) гипертензия, т.к. имеется ↑АД, головные боли, гиперемия кожных покровов и слизистых;

б) признаки недостаточности кровообращения – увеличение печени, гидрофильность тканей;

в) гематологические изменения: - эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитоз

2. Да. Необходимо провести исследования функций почек, с.с.с., системы крови (масса циркулирующей

крови, морфологические изм. клеток).

3. Да – см. 1.б.

4. Да – количественные изменения крови (эритроцитоз, лейкоцитоз, тромбоцитоз)

**Задача № 7**

1. Назвать основные задачи патологической физиологии.

2. Перечислить темы входящие в первый раздел.

3. Перечислить вспомогательные методы в патологической физиологии.

4. В чем заключается сущность патофизиологического эксперимента?

Эталоны ответов на вопросы ситуационного задания № 7

1. Изучение этиологии, патогенеза, механизмов исходов заболеваний, разработка принципов экспериментальной терапии, разработка проблем методологии полученных о болезни знаний.

2. а) Введение, предмет, методы. б) болезнь в историческом плане. в) общая нозология. г)

болезнетворные факторы внешней среды. д) общий патогенез. е) учение о реактивности организма, аллергическая реактивность, иммунологическая реактивность, наследственность и болезнь.

3. Физиологический, морфологический, биохимический, клинический, иммунологический, физико-химический, физический.

4. Заключается в создании модели болезни

**Задача №8**

По свидетельству очевидцев, потеря сознания у мужчины произошла внезапно. Приехавший врач скорой помощи по вызову обнаружил у пострадавшего фибрилляцию сердца, остановку дыхания. Выяснилось, что пациент занимался ремонтом телевизора, включённого в электросеть.

1) Действие какого повреждающего фактора имело место в данной ситуации?

2) Какой был путь прохождения электрического тока?

3) При какой силе тока могла наступить фибрилляция сердца?

4) Назовите признаки мнимой смерти у пострадавшего.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №8

1) сила тока 80-100 мА, напряжение 500 В и более

2) путь прохождения через центр дыхания, через сердце

3) больше 80 мА

4) фибрилляция сердца, остановка дыхания, потеря сознания

**Задача №9**

В результате повреждения контейнера одного из блоков реактора АЭС произошла утечка

радиоактивных продуктов. В зоне повышенной радиоактивности оказались три человека.

Ориентировочно они получили 300 Р. Их доставили в клинику.

1) Возникновение какой болезни можно ожидать у пострадавших?

2) Какое облучение (внешнее или внутреннее) ионизирующими лучами может быть причиной данной болезни?

3) Назовите стадии данной болезни

4) Какой исход болезни можно ожидать у пациентов при данной дозе облучения?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №9

1) Острой лучевой (костно-мозговая форма)

2) Внутреннее

3) Первичных реакций, скрытый, период разгара болезни, исход болезни

4) Выздоровление

**Задача №10**

Школьник П., 14 лет, внезапно заболел: поднялась температура до 39,5°С, появилась боль в правой половине грудной клетки, резкая одышка (частное поверхностное дыхание), кашель со скудной мокротой. Отмечалось тяжёлое общее состояние. В тот же день ребёнок был госпитализирован с диагнозом: правосторонняя крупозная пневмония. В больнице под влиянием проводимого лечения состояние пациента улучшилось и через 14 дней он был выписан домой в хорошем состоянии.

1) Какую количественную оценку реактивности пациента вы дадите во время его болезни

(повышенная, пониженная реактивность)?

2) Какова резистентность у данного больного (повышенная, пониженная резистентность)?

3) Какой главный показатель свидетельствует о данной резистентности пациента?

4) Как можно назвать реактивность данного школьника по классификации А.Д.Адо?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №10

1) повышенная реактивность

2) повышенная резистентность

3) быстрое и полное выздоровление

4) индивидуальная патологическая реактивность

**Тема 6.** **Правила оформления медицинского свидетельства о смерти.**

**Цель:** Знать основные правила оформления медицинского свидетельства о смерти. .

**Задачи**:

***обучающая:*** сформировать знания о медицинском свидетельстве о смерти.

***развивающая:*** формирование у студентов знаний по правилам медицинского свидетельства о смерти.

***воспитывающая:*** воспитание стремления к повышению своего общекультурного, интеллектуального и профессионального уровня, интереса к патологической анатомии, формирование ценностного отношения к специальности патологическая анатомия.

**Вопросы для рассмотрения:**

1.Законодательная база оформления медицинских свидетельств о причинах смерти.

2.Общие положения выдачи медицинского свидетельства о смерти.

3. Правила оформления медицинских свидетельств о смерти.

4.Порядок учета и хранения свидетельства о смерти.

Порядок оформления и выдачи врачебного свидетельства о смерти (ф. № 106/у-93 )

Врачебное свидетельство о смерти удостоверяет факт смерти в возрасте от одного года для регистрации ее в органах ЗАГСа. В связи с переходом Республики Беларусь к учету младенческой смертности на основе определений, рекомендованных Всемирной Организацией Здравоохранения, возникла необходимость расширить данные, разрабатываемые Госкомстатом Республики Беларусь, что повлекло за собой некоторую модификацию формы врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой (первого года жизни) смерти. В связи с этим, согласно данного приказа, врачебное свидетельство о смерти (ф. № 106/У-93) заполняется в случаях гибели детей в возрасте старше одного года, а не так как было ранее - с 7 дней.

Врачебное свидетельство о смерти выдается всеми лечебно-профилактическими учреждениями и бюро судебно-медицинской экспертизы независимо от их ведомственной принадлежности.

Врачебное свидетельство о смерти выдается на основании медицинской документации, отражающей наблюдение за больным до его смерти, если нет подозрения на насильственную смерть и причина смерти может быть установлена достаточно точно.

В целях улучшения регистрации причин смерти и обеспечения их достоверности в органы ЗАГС может быть представлено врачебное свидетельство о смерти с пометкой: «окончательное», «предварительное», «взамен предварительного». Предварительные свидетельства выдаются в случае:

а) если по каким-либо причинам задерживается вскрытие;

б) если для установления или уточнения причин смерти необходимо произвести дополнительные исследования (например, гистологическое);

в) если к моменту выдачи свидетельства о смерти не установлен род смерти (заболевание, несчастный случай, убийство).

Если было выдано «окончательное» свидетельство, но в дальнейшем выяснилось, что в нем была допущена неточность или ошибка в диагнозе, должно быть направлено непосредственно в статистическое управление новое свидетельство с пометкой, сделанной от руки: «взамен окончательного» «Врачебного свидетельства о смерти № \_\_\_\_\_\_\_. Запрещается выдача врачебного свидетельства о смерти заочно без личного установления врачом факта смерти.

Если смерть наступила скоропостижно, а причина смерти не ясна (не установлена), если есть подозрение на насильственную смерть или смерть наступила от насильственной причины, если смерть произошла от травмы, если обнаружен неопознанный труп, то врачебное свидетельство о смерти выдается после экспертизы трупа врачом-экспертом или судебно-медицинским экспертом.

.В случае утери врачебного свидетельства о смерти лицом, его получившим, на основании заявления последнего составляется новое свидетельство с пометкой «дубликат».

Бланки врачебных свидетельств о смерти с корешками к ним, сброшюрованные в книжке, хранятся у должностного лица учреждения, ответственного за их выдачу. Книжка прошивается, а свидетельства и корешки к ним нумеруются: в начале указывается номер учреждения по ОКПО, а через дробь - порядковый номер врачебного свидетельства о смерти.Корешки врачебных свидетельств о смерти, используемые для составления отчета лечебно-профилактического учреждения, подлежат хранению по месту выдачи свидетельства о смерти в течение одного года после окончания календарного, в котором выдано свидетельство о смерти, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

Неправильно заполненные экземпляры врачебных свидетельств о смерти и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись «испорчено» и оставляются в книжке бланков.

При оформлении заключения о причине смерти (завершая патологоанатомический диагноз и клинико-анатомический эпикриз) и заполнении бланка медицинского (врачебного) свидетельства о смерти используют понятия “первоначальная причина смерти” и “непосредственная причина смерти”.

Первоначальная причина смерти– это, в соответствие с МКБ-10, как уже указывалось выше, - а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. Согласно законодательству РФ в качестве первоначальной причины смерти от травмы указывают ее вид.

В патологоанатомическом диагнозе первоначальная причина смерти – это основное заболевание при монокаузальной структуре диагноза или нозологическая единица, выставленная на первом месте в комбинированном основном заболевании.

Именно первоначальная причина смерти указывается и шифруется (кодируется) по МКБ-10 в медицинском свидетельстве о смерти, указывается первой в заключении о причине смерти.

В заключении о причине смерти следует также перечислить все нозологические единицы, входящие в структуру комбинированного основного заболевания.

Непосредственная причина смерти– это смертельное осложнение (но не элемент механизма смерти), которое также указывается в соответствующих пунктах заключения о причине смерти и врачебном свидетельстве о смерти. Хорошо известно, что могут встретиться летальные исходы, в которых основное заболевание (первоначальная причина смерти) является одновременно непосредственной причиной смерти, не имея смертельных осложнений.

В ряде случаев, при обоснованной необходимости, можно дополнить заключение о причине смерти после изложения непосредственной причины смерти (смертельного осложнения) – “при явлениях – механизм смерти”, а также указать важнейшие сопутствующие заболевания, требовавшие лечебно-диагностических мероприятий (в последнем эпизоде обращения больного за медицинской помощью), что обусловлено экономическими соображениями. Однако расширять заключение о причине смерти за счет указанных дополнений возможно лишь в исключительных случаях.

Кроме того, при смерти больного после хирургического вмешательства, важного для танатогенеза диагностического или другого медицинского вмешательства, необходимо указать его и через сколько суток (часов) после него последовал летальный исход.

Таким образом, в **заключении о причине смерти** указать, что «Смерть больного (ФИО, возраст) наступила (последовала) от – … (первоначальная причина смерти), в сочетании, или при наличии, или на фоне - … (при комбинированном основном заболевании), осложнившимся - … (непосредственная причина смерти - смертельное осложнение)».

Реже используется иной вариант формулировки заключения о причине смерти: “Основное заболевание (первоначальная причина смерти) умершего ФИО, возраст - … , смертельное осложнение (непосредственная причина смерти) - … ”.

Широко распространено иное и неудачное оформление заключения о причине смерти. В частности, указывается: “Смерть больного – ФИО, возраст, страдавшего – основное заболевание (при необходимости – в сочетании с …) – наступила от – смертельное осложнение (непосредственная причина смерти)”. Однако, несмотря на кажущуюся простоту такой формулировки, в связи с возникающими в таком случае юридическими проблемами (слова “наступила от” трактуются часто как указание на первоначальную причину смерти) и в связи с требованиями МКБ-10 следует от нее отказаться.

В заключении о причине смерти не следует указывать наличие совпадения или расхождения диагнозов, мнения о ходе лечебного процесса – все это расшифровывается только в клинико-анатомическом эпикризе, который не выдается на руки родственникам по их просьбе.

Медицинское (врачебное) свидетельство о смерти заполняется врачом по международным правилам, в соответствие с требованиями МКБ-10, нормативных документов МЗ РФ и Департамента здравоохранения Москвы, исходя из конструкции патологоанатомического диагноза (или заключительного клинического диагноза, если вскрытие не производилось), в той же терминологии.*Медицинское свидетельство о смерти является одновременно медицинским, статистическим и юридическим документом, бланки свидетельств о смерти являются документами особой отчетности,*поэтому требуется строгое соблюдение правил их хранения, заполнения и учета, изложенные в соответствующих приказах. По приказу МЗ РФ от 07.08.98 г. № 241 **“**О совершенствовании медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти, в связи с переходом на МКБ-10” – с 01.01.99 г. должны заполняться новые формы: № 106/у-98 или, для перинатальной смерти – № 106-2/у-98).

Медицинское свидетельство о смерти должно быть выдано родственникам умершего или уполномоченным ими лицам***не позднее суток***после патологоанатомического вскрытия (или после установления причины смерти – оформления заключительного клинического диагноза, если вскрытие не проводилось) в соответствие с требованием Закона РФ от 1995 г. “ О погребении и похоронном деле”.

Строго запрещается выдача трупа из патологоанатомического отделения (за исключением передачи трупа на судебно-медицинскую экспертизу или в специализированные инфекционные прозектуры на патологоанатомическое вскрытие) без медицинского свидетельства о смерти.

Медицинское свидетельство о смерти может быть выдано с пометкой “окончательное”, “предварительное”, “окончательное вместо предварительного или окончательного”. Такой порядок принят для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в органах ЗАГС. Однако следует помнить о необходимости в течение ***7 суток*** ( при наличии инфекционного заболевания) или ***одного месяца***( при прочих заболеваниях) передать в органы статистики окончательное свидетельство, если было выдано предварительное или было изменено окончательное. Неправильно (с ошибками, исправлениями) заполненные экземпляры свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркивают, делают запись “испорчено” и оставляют в сброшюрованной книжке бланков.

В отдельных случаях, по письменной просьбе родственников умершего или уполномоченных ими лиц, допускается повторная выдача медицинского свидетельства о смерти взамен утерянного родственниками. Выдается свидетельство с новым номером, также, как в случаях его выдачи взамен предварительного; соответствующая запись делается в журнале учета и выдачи медицинских свидетельств о смерти и телефонограммой информируются территориальные органы внутренних дел. Аналогичным образом следует поступать в случае отказа родственников от захоронения умершего (невостребованные трупы) и утери ими уже выданного свидетельства о смерти ( или при невозможности разыскать в таких случаях родственников умершего, которым до этого свидетельство было выдано). В последних случаях по истечении 14 суток обязательно информирование телефонограммой территориальных органов внутренних дел.

В патологоанатомических отделениях допускается заполнение врачом-патологоанатомом пунктов медицинского свидетельства о смерти – ФИО, возраст умершего, дата смерти, причины смерти и их коды, а пунктов, касающихся паспортных данных умершего – санитаром или другим сотрудником отделения, ответственных за выдачу медицинских свидетельств о смерти родственникам умершего или уполномоченных ими лицам.

Медицинское свидетельство о смерти выдается из патологоанатомического отделения специально уполномоченным сотрудником (врачом, санитаром, медицинским регистратором и др.) родственникам умершего или уполномоченным ими лицам только при предьявлении ими паспорта умершего и паспорта того, кто получает свидетельство и строго под роспись получателя на корешке свидетельства. Паспортные данные получателя также обязательно заносятся на корешок свидетельства о смерти, который остается в отделении, и в соответствующий журнал. При отсутствии паспорта должны быть предьявлены документы, юридически заменяющие паспорт.

Записи в медицинских свидетельствах о смерти должны полностью совпадать с соответствующими записями в медицинской документации (патологоанатомическом диагнозе, заключении о причине смерти и др.). Несоответствия в этих документах в ряде случаев могут иметь негативные юридические последствия.

В каждом лечебно-профилактическом учреждении, имеющем патологоанатомическое отделение, должны быть изданы внутренние приказы, регламентирующие правила работы с врачебными свидетельствами о смерти в соответствие с приказами МЗ РФ и Департамента здравоохранения Москвы.

Форма медицинского свидетельства о смерти является международной. Новый бланк свидетельства в РФ, образца 1998 г., содержит пункт “ г) ”, и, как и бланк раннего образца, специальные пустые ячейки напротив пунктов “I, а), б), в), г)” и “II”, предназначенных для записи кода первоначальной причины смерти по МКБ- 10.

Состояние, записанное на нижней заполненной строке части “ I ” в перечне “а, б, в” свидетельства, является первоначальной причиной смерти, используемой для статистических разработок. Однако в ряде случаев, особенно при неточно заполненных свидетельствах, необходимо выбрать другое состояние в качестве первоначальной причины смерти. Правила выбора для учреждений статистики четко регламентированы в МКБ-10 (т.2). Для указания на обстоятельства внешних воздействий (травма, отравление и т.д.) используют строку “ г) ” после документального подтверждения этих обстоятельств.

Если имело место только одно явление в цепи патологических процессов, достаточно записи на строке “ а) “ в части “ I “ свидетельства. Если имело место более одного явления в этой цепи, непосредственная причина смерти (смертельное осложнение) вписывается на строке “ а) “, а первоначальную причину смерти следует вписывать последней, на строке “ б) “ или “ в) “, с указанием, если необходимо, других патологических процессов, на строке “ б) “. Таким образом, в пункте “ I “ можно указать последовательно до 3-х нозологических форм, синдромов, патологических процессов (строки “ а), б) и в) “) причем в обратной последовательности патологоанатомическому диагнозу. Выше (пункт “ I. а) “ ) указывается непосредственная причина смерти (смертельное осложнение). Если непосредственная (осложнение) и первоначальная (основное заболевание) причины смерти совпадают (смерть последовала от самого заболевания), то в этом пункте указывается только одно основное заболевание - первоначальная причина смерти. В других случаях первоначальная причина смерти - основное заболевание , - указывается ниже, в строках “ б) ” или “ в) ” (в последнем случае при наличии важных промежуточных патологических процессов, между смертельным осложнением и основным заболеванием). При комбинированном основном заболевании в пункте “ I “ свидетельства о смерти указывается только первая нозология, которая и становится первоначальной причиной смерти.

Первоначальная причина смерти - основное заболевание (или при комбинированном основном заболевании - первая нозологическая единица в его составе) шифруется (кодируется) по МКБ-10. Другие рубрики в пункте “I” не кодируются.

В пункте “II”медицинского свидетельства о смерти следует указать оставшиеся нозологические единицы из комбинированного основного заболевания (если оно было комбинированным) и/или важнейшие сопутствующие заболевания, которые потребовали лечебно-диагностических мероприятий, но не более двух. Ведущее из них также следует закодировать по МКБ-10.

**7. Рекомендуемая литература:**

1. МКБ х пересмотра.

2. Висмонт Ф.И. Общая патофизиология [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ф.И. Висмонт, Е.В. Леонова, А.В. Чантурия. — Электрон. текстовые данные. — Минск: Вышэйшая школа, 2011. — 364 c. — 978-985-06-1946-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20099.html>

3. Черешнев В.А. Клиническая патофизиология [Электронный ресурс] / В.А. Черешнев, П.Ф. Литвицкий, В.Н. Цыган. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : СпецЛит, 2012. — 432 c. — 978-5-299-00511-0. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47781.html>

Дополнительная литература

1. Патология шейки матки и генитальные инфекции: монография / под ред. В. Н. Прилепской. - М. : МЕДпресс-информ, 2008. - 384 с.

2. Цыган В.Н. Патофизиология обмена веществ [Электронный ресурс] / В.Н. Цыган. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : СпецЛит, 2013. — 340 c. — 978-5-299-00565-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/45713.html>

3. Патофизиология. Основные понятия. Ефремов А.В., Самсонова Е.Н., Начаров Ю.В./ Под ред. А.В. Ефремова. 2010г. -256с.

4. Чурилов Л.П. Патофизиология иммунной системы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л.П. Чурилов, А.Г. Васильев. — Электрон. текстовые данные. — СПб. : Фолиант, 2014. — 664 c. — 978-5-93929-251-1. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60938.html>

**8. Хронокарта занятия** *(составляется исходя из вида и структуры занятия, его целей и задач; поэтому этапы, содержание и временные рамки могут варьироваться).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Этапы и содержание занятия | Используемые методы (в т.ч., интерактивные) | Время |
| 1  1.1  1.2  1.3 | **Организационный момент.**  Объявление темы, цели занятия.  Оценка готовности аудитории, оборудования и студентов.  Краткая характеристика этапов и содержания работы студентов на занятии. | Наблюдение | 30 мин. |
| 2 | **Входной контроль** знаний, умений и навыков студентов (*если предусмотрен; перечисляются формы и методы входного контроля).* | Программированный тестовый контроль. Входное тестирование | 90 мин. |
| 3 | **Актуализация теоретических знаний** (*если предусмотрено, перечисляются формы и методы контроля).* | Преподаватель совместно с студентами разбирает основные вопросы темы. Индуктивные, методы стимулирования и мотивации - анализ жизненных ситуаций | 60 мин. |
| 4 | **Отработка** **практических умений и навыков** *(в т.ч., самостоятельная работа студентов; указываются виды практических заданий и упражнений, виды самостоятельной работы студентов).* | студенты работают с задачами. | 90 мин |
| 5 | **Контроль качества** формируемых компетенций /элементов компетенций (знаний, умений, навыков) студентов по теме занятия (*если предусмотрен; перечисляются формы и методы проверки знаний, умений и навыков студентов).* | Каждый студент сообщает о проблемах, возникших при описании морфологических изменений данных патологических процессов. Комбинированный мозговой штурм. | 90 мин |
| 6  6.1  6.2 | **Заключительная часть занятия**:  Обобщение, выводы по теме.  Домашнее задание (*если предусмотрено).* | Разбор трудностей, возникших при самостоятельной работе выставление оценок. Методы стимулирования и мотивации долга – поощрение. | 60 мин |

**9. Форма организации занятия** - практикум

1.Работа с лекционным материалом

2.Работа с учебниками

3.Решение тестовых и ситуационных задач

**10. Средства обучения**:

- дидактические (*таблицы, схемы, плакаты, раздаточный материал.)*

- материально-технические (*мел, доска, кадаскоп, мультимедийный проектор, интерактивная доска )*

Тесты.

1) Как кодируются диагнозы?

**А. четырехзначным или пятизначным кодом, в отдельных случаях используется трехзначный код**

Б. только пятизначным

В. пятизначным и трехзначным

Г. нет правильного ответа

2) Сколько классов болезней выделено в МКБ - 10?

**А. 21 класс**

Б. 19 классов

В. 20 классов

Г. 18 классов

3) Для каких целей используется буква U в МКБ 10?

**А. для новых заболеваний и научных разработок**,

Б. для обозначения травм

В. для обозначения новообразований

Г. нет правильного ответа

4) Что обозначает класс Z?

**А. все обращения, обусловленные проблемами здоровья, а не заболеваниями**

Б. заболевания

В. все верно

Г. болезни костно - мышечной системы

5) Первый МКБ 10 том содержит:

**А. основная классификация**

Б. инструкция

В. алфавитный указатель

6) Второй том МКБ 10 содержит:

**А. инструкции по применению**

Б. алфавитный указатель

В. основную классификацию

7) Третий том МКБ 10 содержит:

**А. алфавитный указатель к классификации**

Б. классификацию

В. Инструкцию

Г. нет правильного ответа

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 | Какой класс по МКБ включает грипп, острые респираторные заболевания, пневмонии: | | | | | | | | | |
| **1** | **Х** | | | | | | | | | |
| 2 | I | | | | | | | | | |
| 3 | II | | | | | | | | | |
| 4 | Не включены | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 9) | При обострении хронических заболиваний органов дыхания: | | | | | | | | | |
| 1 | Они кодируются как острые | | | | | | | | | |
| **2** | **Кодируются как обостение хронических ( имеются свои коды)** | | | | | | | | | |
| 3 | Кодируются как хронические | | | | | | | | | |
| 4 | На усмотрение врача | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 10) | Грипп кодируется: | | | | | | | | | |
| 1 | J12-J16 | | | | | | | | | |
| 2 | J1-J2 | | | | | | | | | |
| **3** | **J10-J11** | | | | | | | | | |
| 4 | Включен в I класс ( Инфекционные болезни) | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 11) | Для чего используют J11 и J 10 при кодировке гриппа: | | | | | | | | | |
| 1 | Различие гриппа и парагрипа | | | | | | | | | |
| 2 | Различие по возрастным группам | | | | | | | | | |
| 3 | Для выделения субклинических форм | | | | | | | | | |
|  | **Для не подтвержденного и подтвержденного вирусологическими методами гриппа** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 12) | В МКБ-10 пневмонии разделены главным образом по: | | | | | | | | | |
| **1** | **Этиологии** | | | | | | | | | |
| 2 | Длительности заболевания | | | | | | | | | |
| 3 | Морфологии | | | | | | | | | |
| 4 | Основным патогенетическим механизмам | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 13) | Бронхоэктазы при туберкулезе кодируются: | | | | | | | | | |
| 1 | J 47 | | | | | | | | | |
| **2** | **A15-16** | | | | | | | | | |
| 3 | Q33.4 | | | | | | | | | |
| 4 | Нет в МКБ | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 14) | Астматический статус и острая тяжелая астма | | | | | | | | | |
| 1 | Включены в группу кодов J 45 | | | | | | | | | |
| 2 | Включены в группу кодов J 47 | | | | | | | | | |
| **3** | **Выделены в отдельную рубрику J 46** | | | | | | | | | |
| 4 | Нет в МКБ | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 15) | Эмфизема лёгких кодируется рубрикой: | | | | | | | | | |
| 1 | J44 | | | | | | | | | |
| 2 | J 47 | | | | | | | | | |
| 3 | J 46 | | | | | | | | | |
| **4** | **J43** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 16) | В рубрике J44 кодируется: | | | | | | | | | |
| **1** | **Хронический обструктивный бронхит** | | | | | | | | | |
| 2 | Бронхиальная астма | | | | | | | | | |
| 3 | Аномалии легких | | | | | | | | | |
| 4 | Грипп | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 17) | Пневмонии, вызванные вирусом гриппа кодируются: | | | | | | | | | |
| 1 | J12 | | | | | | | | | |
| **2** | **J10-11** | | | | | | | | | |
| 3 | J13 | | | | | | | | | |
| 4 | A10-12 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18) | Болезни мочеполовой системы кодируются: | | | | | | | | |
| 1 | **N00-N99** | | | | | | | | |
| 2 | A00-A99 | | | | | | | | |
| 3 | K00-K93 | | | | | | | | |
| 4 | G00-G99 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19) | Гламерулярные заболевания кодируются: | | | | | | | | |
| 1 | N10 | | | | | | | | |
| 2 | **N00-N08** | | | | | | | | |
| 3 | N20 | | | | | | | | |
| 4 | G00-G99 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20) | N00.0-01.9 кодируют: | | | | | | | | |
| 1 | Нефротический синдром | | | | | | | | |
| 2 | Пиелонефрит | | | | | | | | |
| 3 | **Нефритический синдром** | | | | | | | | |
| 4 | Устойчивую, рецидивирующую гематурию | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21) | Тубулоинтерстициальные болезни почек кодируют: | | | | | | | | |
| 1 | N00-N08 | | | | | | | | |
| 2 | N00-N99 | | | | | | | | |
| 3 | N12-N14 | | | | | | | | |
| 4 | **N10-N16** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22) | N10 кодируют: | | | | | | | | |
| 1 | **Острый тубулоинтерстициальный нефрит** | | | | | | | | |
| 2 | Хронический тубулоинтерстициальный нефрит | | | | | | | | |
| 3 | Нефротический синдром | | | | | | | | |
| 4 | Нефритический синдром | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23) | Хронический тубулоинтерстициальный нефрит кодируют: | | | | | | | | |
| 1 | N10 | | | | | | | | |
| 2 | **N11** | | | | | | | | |
| 3 | G12 | | | | | | | | |
| 4 | Нет в МКБ-10 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24) | Почичная недостаточность кодируется: | | | | | | | | |
| 1 | N10 | | | | | | | | |
| 2 | N11 | | | | | | | | |
| 3 | **N 17-19** | | | | | | | | |
| 4 | Нет в МКБ-10 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25) | N17.0-N17.9 кодируется: | | | | | | | | |
| 1 | Хронический тубулоинтерстициальный нефрит | | | | | | | | |
| 2 | Острый тубулоинтерстициальный нефрит | | | | | | | | |
| 3 | Нефритический синдром | | | | | | | | |
| 4 | **Острая почечная недостаточность** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27) | Невоспалительные болезни женских половых органов кодируются: | | | | | | | | |
| 1 | **N 80 - N 98** | | | | | | | | |
| 2 | N 17 - N 18 | | | | | | | | |
| 3 | N20 | | | | | | | | |
| 4 | A80-A98 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27) | N 82.0-N82.9 кодируют | | | | | | | | |
| 1 | Эндометриоз | | | | | | | | |
| 2 | **Свищи с вовлечением женских половых органов** | | | | | | | | |
| 3 | Нефротический синдром | | | | | | | | |
| 4 | нефритический синдром | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 28) | При обострении хронических заболеваний ( Холецистита, аппендицита) они кодируются: | | | | | | | | | |
| 1 | **Как острые** | | | | | | | | | |
| 2 | Как хронические | | | | | | | | | |
| 3 | Два кода | | | | | | | | | |
| 4 | По усмотрению врача | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29) | В какой части свидетельства о смерти указывают операции: | | | | | | | | | |
| 1 | I | | | | | | | | | |
| 2 | **II** | | | | | | | | | |
| 3 | Не указывают | | | | | | | | | |
| 4 | По усмотрению врача | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30) | К ургентным заболеваниям брюшной полости принято относить: | | | | | | | | | |
| 1 | Все заболевания пищеварительной системы | | | | | | | | | |
| 2 | Острые аболевания только пищеварительной системы | | | | | | | | | |
| 3 | **Острый панкреотит, холецистит, аппендицит, ущемленную грыжу и др.** | | | | | | | | | |
| 4 | По усмотрению врача | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31) | Болезни органов пищеварения кодируются: | | | | | | | | | |
| 1 | G00-G99 | | | | | | | | | |
| 2 | N00-N99 | | | | | | | | | |
| 3 | F00-F99 | | | | | | | | | |
| 4 | **K00-K93** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32) | Острый аппендицыт представлен группой кодов : | | | | | | | | | |
| 1 | **К 35.0,35.1,35.9.** | | | | | | | | | |
| 2 | К 36 | | | | | | | | | |
| 3 | К 30 | | | | | | | | | |
| 4 | K36-K37 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33) | Болезни аппендикса (кроме острого Аппендицита) кодируются | | | | | | | | | |
| 1 | К 35.0,35.1,35.9. | | | | | | | | | |
| 2 | **К 36-37** | | | | | | | | | |
| 3 | К 30 | | | | | | | | | |
| 4 | K10-K20 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34) | Для кодирования холецистита используют формы | | | | | | | | | |
| 1 | Первичный (К 81.0), Вторичный ( К81.1), Другие (К81.8), Неуточненный (К81.9) | | | | | | | | | |
| 2 | Начальный (К 81.0), Хронический ( К81.1), Другие (К81.8), Неуточненный (К81.9) | | | | | | | | | |
| 3 | **Острый (К 81.0), Хронический ( К81.1), Другие (К81.8), Неуточненный (К81.9)** | | | | | | | | | |
| 4 | Нет подрубрик | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35) | холецистит кодирубт: | | | | | | | | | |
| 1 | К 30 | | | | | | | | | |
| 2 | К36.0,К36.1 | | | | | | | | | |
| 3 | К10-К20 | | | | | | | | | |
| 4 | **К 81.0 , К81.1, К81.8, К81.9** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36) | Язвенная болезнь желудка кодируется группой: | | | | | | | | | |
| 1 | **К 25** | | | | | | | | | |
| 2 | К36 | | | | | | | | | |
| 3 | К10 | | | | | | | | | |
| 4 | А1 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37) | Могут ли эрозии, острые язвы быть основным заболеванием ( первоночальной причиной  смерти)? | | | | | | | | | |
| 1 | Да | | | | | | | | | |
| 2 | **Нет** | | | | | | | | | |
| 3 | Иногда | | | | | | | | | |
| 4 | По усмотрению врача | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
| 38) Какие заболевания занимают первое место среди причин смертности в России? |
| а. Болезни органов дыхания |
| **б. Болезни системы кровообращения** |
| в. Болезни органов мочевыделительной системы |
| г. Болезни костно-мышечной системы |
| 39) В части I медицинского свидетельства о смерти указывают …? |
| а. Сопутствующие заболевания |
| **б. Основное заболевание, приведшее к летальному исходу** |
| в. Осложнения основного |
| г. Ничего из вышеназванного |
| 40) Наибольшую социальную значимость имеют следующие инфекционные заболевания? |
| **а. ВИЧ и туберкулез** |
| б. Гепатиты и туберкулез |
| в. Гепатиты и ЗППП |
| г. ПТИ и туберкулез |
| 41) Какие заболевания занимают второе место по причинам смертности в России? |
| **а. Новообразования** |
| б Инфекционные заболевания |
| в. Травмы |
| г. Заболевания системы кровообращения |
| 42) Какие заболевания занимают первое место среди причин временной нетрудоспособности? |
| **а. Заболевания органов дыхания** |
| б. Заболевания органов костно-мышечной системы |
| в. Заболевания мочеполовой системы |
| г. Заболевания центральной и периверичской нервной систем |
| 43) Какие заболевания занимают первое место среди причин стойкой утраты трудоспособности? |
| а. Заболевания органов дыхания |
| б. Заболевания органов ЖКТ |
| **в. Заболевания системы кровообращения** |
| г. Заболевания органов мочевыделительной системы |
| 44) Какова продолжительность острого инфаркта миокарда по МКБ-10? |
| а. 10 суток |
| б. 14 суток |
| в. 28 суток |
| **г. 3 суток** |
| 45) Какое место среди причин смертности в России занимают новообразования? |
| а. Первое |
| **б. Второе** |
| в. Третье |
| г. Нет среди причин смертности |
| 46) При кодировании травм в МКБ-10 используется код Т, который обозначает? |
| **а. Множественные травмы и травмы неуточненных частей тела, а также отравления и некоторые**  **другие воздействия внешних причин** |
| б. Причины травмы |
| в. Локализация травм |
| г. Нет верного ответа |
| 47) При кодировании травм в МКБ-10 используется код S, который обозначает? |
| **а. Различные виды трамв, относящиеся к определенной области тела** |
| б. Причины травмы |
| в. Локализация травм |
| г. Нет верного ответа |