

Министерство здравоохранения РФ  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Читинская государственная медицинская академия  
Факультет повышения квалификации  
и профессиональной переподготовки специалистов  
Кафедра судебной медицины, правоведения и биоэтики

## **КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА**

**«Тотальная аутопсия» как способ повышения качества  
лечебно-профилактических мероприятий и  
статистических данных о смерти»**

Выполнил: врач судебно-медицинский эксперт  
Новоселов О.В.

г. Чита, 2016 год

## \* АКТУАЛЬНОСТЬ:

\* Еще 3-4 года назад в районном центре практиковалось выдача тел умерших на участке, от не насильственной смерти, без вскрытия, часто решение принималось единолично участковым врачом. Сейчас же прослеживается четкая тенденция к повышению контроля за качеством наблюдения на участке, оценки проводимых профилактических мероприятий, оценки ведения первичной медицинской документации. Учитывая вышеизложенное легко понять, почему вводится и контролируется процесс аутопсий в районных центрах Забайкальского края. Важно понимать, что правдивая статистика дает почву для выработки четких, действенных мероприятий, направленных на снижение и профилактику смертности от тех или иных причин. Этим и обусловлена актуальность работы, подтверждающая необходимость более точной верификации диагнозов.

\* Цель работы – обосновать необходимость проведения посмертной верификации диагноза у всех лиц, умерших от не насильственных причин.

\* Задачи работы:

- \* 1). Анализ демографической ситуации, заболеваемости, «Д» учета и районного здравоохранения за 3 года;
- \* 2). Дать оценку изменению качества посмертной диагностики;
- \* 3). Сформировать предложения по дальнейшему совершенствованию процесса «тотальной аутопсии».

## \* СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

\* (ЗАДАЧА №1) Обслуживаемое население района на 01.01.2016 год составляет - 18 594 человек из них застрахованы в СМО – 18473 человек. Группы населения: дети до года – 220, дети до 14 лет – 3666, подростки – 711, дети до 17 лет – 4377, взрослое население – 14217, мужчины – 4585, женщины – 9632, женщины - фертильного возраста – 4049, трудоспособное население – 10358, из них занято в производстве – 4164. Население Красночикойского района только сельское. Тип популяции в районе **регрессивный**, так как доля населения в возрасте 50 лет и старше составляет 36%, а доля населения до 14 лет 19%, превышение составляет в 1,9 раза. Регрессивный тип популяции наблюдается также в целом по Забайкальскому краю с превышением доли населения в возрасте 50 лет и старше в 2,2 раза, и по России с превышением в 2,15 раза. В целом структура населения по полу и возрасту близка к структуре населения, как края, так и Российской Федерации. Наблюдается тенденция старения населения в районе, крае, России. Население района за 3 года уменьшилось на 504 человека (2,6% от показателя 2013 года), что связано как с низкой рождаемостью, так и высокой общей смертностью населения

Показатели	2013	2014	2015	ЗК 2014
Родилось всего	257	259	220	
Родилось живыми	254	258	220	
Родилось мертвыми	3	1	0	
Рождаемость на 1000 населения	13,2	13,6	11,7	
Мертворождаемость на 1000 родившихся детей	11,7	3,9	0	
Умерло детей первого года жизни	5	4	2	
Младенческая смертность	21,5	15,5	9,1	7,1
Умерло всего населения	327	328	281	
Показатель общей смертности	17,02	17,3	14,9	12,1
Умерло взрослого населения	323	319	278	
Смертность взрослого населения	21,5	21,8	19,3	
Умерло детей от 0 до 17 лет	4	9	3	
Детская смертность	0,94	2,07	0,8	
Материнская смертность	-	-	-	
Естественный прирост населения	-3,8	-3,7	-3,2	



\* Анализируя основные демографические показатели (таблица №1) можно увидеть снижения числа мертворожденных и показателя мертворождаемости, количества и показателя смерти детей первого года жизни, а так же младенческой и общей смертности (показатель общей смертности в районе остается стабильно высоким в 2015 году 14,9 (ЗК - 12,1), младенческой смертности в 2015 году 9,1 (ЗК – 7,1). Однако на протяжении 3 лет показатели смертности превышают показатели рождаемости, что естественно сказывается на таком показателе как, убыль населения (2013 – 3,8, 2014 – 3,7, 2015 – 3,2). В течение 3-х лет основными причинами смерти детей являются травмы и отравления, болезни органов дыхания и кровообращения; так же показатель младенческой смертности остается выше показателя ЗК (9,1‰ – район, 7,0‰ – ЗК 2014 год). В период времени с 2012 года показатель детской смертности не имеет какую либо тенденцию. В связи с чем необходим четкий план мероприятий по снижению показателей смертности детского возраста. В абсолютных числах смертность по основным группам в 2015 году составила: дети от 0 до 17 лет – 3 (1%), трудоспособного возраста – 54 (19%), старше трудоспособного возраста – 224 (80%), всего – 281. Структура причин смерти в 2015 году следующая: старость – 38,8%, БСК – 34,9%, онкология – 9,9%, травмы и отравления – 7,8%. Более низкий процент смерти от БСК (34,9% 2015 год) объясняется, прежде всего **погрешностью статистического учета случаев смерти** – в структуре причин смерти *старость* по району составляет 29% (2014 год) и 38,8% (2015 год). Прослеживается так же незначительная тенденция к снижению показателя смертности от внешних причин и увеличение от онкологических заболеваний

	2013 год	2014 год	2015 год	ЗК 2014
Взрослые	1434,9	1458,7	1471,8	1458,2
Дети 0-14 лет	1348,9	1801,6	1994,3	
Подростки (15-17 лет)	1886,3	2838,6	2839,6	1250,6
Заболеваемость туберкулезом (на 100 тыс.)	20,8	31,7	10,7	80,4
Заболеваемость злокачественными новообразованиями (на 100 тыс.)	312,5	274,7	328,6	288
Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами (на 100 тыс.)	31,2	787,2	639,6	1441,7
Заболеваемость сифилисом (на 100 тыс.)	26,0	39,6	5,3	56,9
Заболеваемость органов дыхания		464,6	425,3	
Заболеваемость органов кровообращения		228,7	258,4	

## \*ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ:

- \* Как видно из таблицы №3 заболеваемость взрослого населения по району сопоставима с краевым показателем (район - 1458,7, край - 1458,2 в 2014 году), однако заболеваемость подростков на протяжении 3 лет неуклонно растёт и так же превышает показатель края (район - 2838,6, край - 1250,6 в 2014 году)
- \* Проводится учет больных с впервые установленным диагнозом заболеваний: сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, онкопатологии, туберкулеза, ИППП и т.д. Учет проводится по извещению о важнейшем неэпидемическом заболевании, которое направляется в специализированные диспансеры для уточнения диагноза, постановки на спец. учет для систематического наблюдения.



**\* Структурные подразделения ГУЗ «Красночикойская ЦРБ»  
представлены:**

**ЦРБ:** на 93 койки, из них дневного пребывания при стационаре 0, при поликлинике 20, круглосуточного пребывания 73;

**УБ:** 4 участковых больниц на 24 коек круглосуточного пребывания и 25 дневного:

Участковая больница	Койки круглосуточные (24)	Койки дневного пребывания (25)
Захаровская УБ	6	6
Черемховская УБ	6	5
Урлукская УБ	8	10
Мензинская УБ	4	4

Из них не укомплектованные врачами 1 (Черемховская УБ). Захаровская УБ укомплектована врачом со второй половины 2015 года – В.Е. Карпов.

**СВА:** 2 (Барахоевская, Большереченская). Врачами не укомплектованы. Дневной стационар по 6 койко-мест. Коек дневного пребывания при круглосуточных стационарах в УБ и СВА нет.

**ФАПы:** 29, лицензирован 29 ФАП.

Не укомплектованы по району – 8, работают совместители – 6.

Не функционировал в течении года – 2:

ФАП с. Семиозерье – 240,0 км до ЦРБ, 11 – жителей, нет фельдшера. С. Гутай

## \* ЗАДАЧА №2

\* В районе имеется устойчивый потенциал первичной медико-санитарной помощи, с достаточными возможностями своевременного и качественного диспансерного наблюдения, однако приведенные данные и анализ сложившихся показателей позволяет с уверенностью говорить о необходимости соблюдения контроля над постановкой диагнозов у лиц, умерших от ненасильственной смерти. В связи с чем считаю полностью оправданным соблюдение распоряжение Министерства Здравоохранения Забайкальского края № 2146 от 25.12.2015 года «Об организации контроля за оформлением медицинских свидетельств о смерти». В течении 2015 года имею 2 собственных наблюдения установки посмертных диагнозов от предполагаемого участковым терапевтом, много лет наблюдавших пациентов: *пациент А.* 59 лет в течении 5 лет состоял на учете с ИБС. Стабильная стенокардия. 2 ФК., регулярно принимал кардиологические препараты, 2 раза госпитализирован с клиникой прогрессирующей стенокардии. Умер в постели дома, общий порядок в доме не нарушен, проживал с сожительницей. По информации лечащего врача причина смерти острая сердечно сосудистая недостаточность. ОИМ. Однако, учитывая невыясненные обстоятельства смерти гр. А. и по настоянию начмеда ГУЗ «Красночикойская ЦРБ» (при наличии постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы) на вскрытии у пациента обнаружена острая язва пилорического отдела желудка осложнившаяся обильным желудочным кровотечением, непосредственно приведшего к смерти

- \* **Препятствия** осуществлять либо адекватный диспансерный учет пациентов на участках, либо внедрение «тотальной аутопсии».
- \* 1). Высокая алкоголизация населения не позволяет адекватно воспринять обязанность и необходимость наблюдения и прохождения профилактических мероприятий;
- \* 2). Территориальная расселенность в районе отраженная выше, не позволяет с полной уверенностью говорить о наличии доступности в медицинских услугах;
- \* 3). Низкие доходы населения не позволяют беспрепятственно содействовать сотрудника полиции или следственного комитета при доставке трупов на аутопсию;
- \* 4). Сложившиеся стереотипы «семейских старейшин» часто вынуждают выписывать свидетельства о смерти с предполагаемым диагнозом

## **\* ВЫВОДЫ:**

- \* 1). Соблюдение распоряжения Министерства Здравоохранения Забайкальского края № 2146 от 25.12.2015 года «Об организации контроля за оформлением медицинских свидетельств о смерти» является необходимым и результативным механизмом в повышении качества статистических данных о причинах смерти;
- \* 2). С помощью сотрудничества с руководством районного ЛПУ можно повысить влияние на качество диспансерного наблюдения за пациентами, так как у специалистов формируется понятие контроля за их схемами, способами лечения, а так же ведения первичной медицинской документации;
- \* 3). Переход к способу «тотальной аутопсии» имеет определенные препятствия: вопросы доставки на секцию, своевременное предоставление первичной медицинской документации на умерших от не насильственных причин, проблемы гистологического подтверждения диагноза в районных отделениях (отсутствие времени на подготовку гистологического материала у врачей совместителей), отрицание необходимости проведения аутопсии у большинства сельских жителей, возможно низкая заинтересованность врачей судебно-медицинских экспертов и врачей патологоанатомов в проведении качественных экспертиз.



## \* ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

### \* (ЗАДАЧА №3)

- \* 1). Продолжить совместную с руководством ЦРБ работу по повышению качества и количества аутопсий, умерших от не насильственных причин;
- \* 2). Администрации ГУЗ «ЗК БСМЭ» усовершенствовать взаимодействие с органами внутренних дел в части порядка доставки умерших в морги районных отделений;
- \* 3). Специалистам ЛПУ района проводить своевременную и качественную работу по диспансерному наблюдению пациентов на участке (ведение карты диспансерного больного ф 030/у, амбулаторной карты ф 025/у);
- \* 4). Работа глав сельских поселений среди местных жителей о необходимости проведения аутопсий у лиц не состоящих на «Д» учете, что повлияет и на желание гражданина своевременно встать на учет к специалисту.



\* Спасибо за внимание!!!