

**ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО
ДИАГНОЗА И ЭПИКРИЗА
В ПЕРИНАТОЛОГИИ**

Построение патологоанатомического диагноза в перинатологии базируется на общих причинно-следственных принципах формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов, на данных визуального исследования, результатах аутопсии, на анализе клинической картины и ее сопоставлении с выявленными патоморфологическими изменениями.

В перинатологии традиционно принята общая структура диагноза, включающая следующие рубрики:

1-основное заболевание - болезнь, которая сама по себе или в связи с осложнениями становится причиной смерти;

2-осложнения (осложнение) основного заболевания- это нозологические единицы, травмы, синдромы и симптомы, патологические процессы, которые патогенетически (прямо или косвенно) связаны с основным заболеванием, но не являются при этом его проявлениями. Осложнение основного заболевания определяют также как патологический процесс, патогенетически и/или этиологически связанный с основным заболеванием, утяжеляющий его течение и нередко являющийся непосредственной причиной смерти. При оформлении множественных осложнений их целесообразно перечислять в патогенетической или временной последовательности;

3-фоновое заболевание является нозологической единицей (заболевание или травма), которая отягощает течение основного заболевания и способствует возникновению общих смертельных осложнений, приведших к летальному исходу.

4-сопутствующее заболевание - болезнь, которая не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи. Заболевание не является причиной смерти. Сопутствующие заболевания могут быть представлены одной или несколькими нозологическими единицами (реже – синдромами). По поводу этих заболеваний могут производиться определенные лечебно-диагностические мероприятия.

В перинатологии также используется понятие комбинированного основного заболевания, предложенное Г.Г. Автандиловым в 1971 году с целью учета и анализа смертности по множественным причинам. **Комбинированное** основное заболевание, представленное конкурирующими или сочетанными, или основным и фоновым заболеваниями, нашло широкое применение в перинатологии. Были разработаны правила выделения нозологии, занимающей первое место в комбинированном основном заболевании, как основной единицы учета при статистическом анализе заболеваемости и первоначальной причины смерти при летальном исходе.

Конкурирующее заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший ребенок, при этом каждое из заболеваний в отдельности может являться причиной смерти.

Сочетанное заболевание определяется как нозологическая единица (заболевание или травма), которой одновременно с основным заболеванием страдал умерший новорожденный. Сочетанные заболевания,

находясь в различных патогенетических взаимоотношениях, и отягощая друг друга, приводят к смерти, причем каждое из них в отдельности не является причиной летального исхода.

Построение патологоанатомического диагноза в перинатологии наряду с общепринятыми принципами имеет свои особенности. Эти особенности в первую очередь обусловлены тем, что развитие плода и формирование патологии перинатального периода происходит в рамках функциональной системы «мать-плацента-плод», поэтому патология матери и последа занимает соответствующее место в структуре патологоанатомического диагноза.

Патологоанатомический диагноз у погибших плодов и новорожденных перинатального периода состоит из 4 частей:

- в 1 части отражаются заболевания плода и новорожденного;
- во 2-й части диагноза фиксируется патология последа, сыгравшая патогенетически значимую роль в танатогенезе;
- в 3 части указывается патология матери, беременности и родов - заболевание, патологические состояния, связанные с причиной смерти плода и новорожденного);
- в 4 части - условия наступления смерти.

При формулировке основного заболевания необходимо пользоваться лишь нозологическими формами такими, как родовая травма с указанием варианта, внутрижелудочковые кровоизлияния, болезнь гиалиновых мембран, токсоплазмоз и т.д. В диагнозе следует четко

выделять нозологическую единицу, которая сама по себе или через свои осложнения привела к смерти. **Недопустимо, чтобы в качестве основного заболевания выступали симптомы, синдромы, отдельные звенья патогенетической или танатогенетической цепи.** Следует подчеркнуть, что нозологические единицы, получившие отражение в патологоанатомическом диагнозе, подлежат статистическому учету, поэтому должны терминологически точно соответствовать действующей международной классификации болезней 10 пересмотра и отвечать требованиям медицинской информатики.

Пример 1. Новорожденный 30 нед. гестации. Жил 2 суток 5 часов.

Основное заболевание (ОЗ) - болезнь гиалиновых мембран (P28.0).

Фоновое заболевание (ФЗ) – дисхронии развития надпочечников, щитовидной, поджелудочной желез и головного мозга с нарушением гирификации и стратификации III, IV слоев двигательной зоны коры (P22.0).

Патология плаценты (ПП) – сочетание диссоциированного нарушения ворсинчатого хориона с хроническими расстройствами материнско-плодового кровообращения. Хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность.

Патология матери, беременности и родов (ПБ) – гипертоническая болезнь. Хронический пиелонефрит.

Пример 2. Новорожденный с ЭНМТ (26-27 недель). Жил 3 суток 14 часов.

Основное заболевание (ОЗ) – двустороннее кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга (P52.2).

Осложнения основного заболевания (ООЗ) – гемоцефалия.

Фоновое заболевание (ФЗ) - дисхронии развития респираторной паренхимы легких, надпочечников, поджелудочной и щитовидной желез.

Сопутствующие заболевания (СЗ) - пиелозектазия правой почки.

Патология плаценты (ПП) – пролиферативный базальный и париетальный децидуит, виллузит, фуникулит. Облитерационная ангиопатия стволых ворсин. Хроническая плацентарная недостаточность.

Патология беременности (ПБ) – дородовое излитие околоплодных вод. Кольпит.

В детской патологической анатомии, так же, как во взрослой службе, существует понятие “комбинированное основное заболевание”. Комбинированное основное заболевание включает в себя два конкурирующих, два сочетанных или основное и фоновое заболевания.

Пример3. Новорожденный с 32 недель гестации. Жил 3 суток 14 часов.

ОЗ (комбинированное, конкурирующее) 1. Двустороннее кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга с прорывом крови в III, IV желудочки и паренхиму головного мозга (P52.2).

2. Двусторонняя врожденная интерстициальная пневмония (P23.0).

ФЗ - дисхронии развития надпочечников, поджелудочной и щитовидной желез.

СЗ - подковообразная почка.

ПП - пролиферативный базальный и париетальный децидуит, виллузит, субхориальный интервиллезит. Хроническая плацентарная недостаточность.

ПБ - Многоводие. Кольпит.

Хирургические операции, лечебно-диагностические манипуляции (последовательный перечень вмешательств с указанием развернутой даты и времени проведения) оформляются после заболеваний, патологических процессов в рубриках «Основное заболевание, по поводу которых они производились. Перечень операций предшествует рубрике «Осложнения основного заболевания».

Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (перечень с указанием даты и времени проведения, а также осложнения, обусловленные реанимацией) оформляются **отдельной подрубрикой**, расположенной между рубриками «Осложнения основного заболевания» и «Сопутствующие заболевания». В свидетельство о смерти реанимационные мероприятия и интенсивная терапия не выносятся.

Пример 4. Новорожденная 33 недель гестации. Жила 6 суток 1 час.

Основное заболевание. Двусторонняя субтотальная фибринозно-гнойная пневмония новорожденного,

вызванная *Klebsiella pneumonia* (бак. анализ № 13847 от 12.11.2018 г.) (P23.5).

Конкурирующее заболевание. Фетальный гепатит: диффузная гидропическая и баллонная дистрофия гепатоцитов, центрлобулярные некрозы и кровоизлияния, лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстициальной ткани, гиперплазия холангиол (P35.3).

Осложнение основного заболевания. ДВС-синдром: жидкая кровь и свертки в полостях сердца, венозное полнокроеие, мелко- и крупноочаговые кровоизлияния, смешанные тромбы в сосудах внутренних органов.

Осложнения реанимации и интенсивной терапии. ИВЛ 4 суток. Катетеризация пупочной вены от 05.11.2018 г. Посткатетеризационный пристеночный тромбоз вены пуповины. Острая панацинарная эмфизема. Правосторонний пневмоторакс. Дренирование правой плевральной полости с разрешением пневмоторакса от 08.11.2018 г.

Сопутствующее заболевание. Кортикальная киста лобной доли правого полушария головного мозга.

Патология последа. Плацента III триместра беременности (33 нед.). Аномалия формы: двудолевая плацента. Вирусный базальный децидуит. Пролиферативный виллузит промежуточных и терминальных ворсин. Хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

Патология матери, беременности и родов. II преждевременные роды в 33 нед. беременности. Носительство ВУИ: ВПГ – IgM, IgG; CMV –IgG, коревая

краснуха – IgM, IgG, токсоплазма- IgG. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки от 02.11.2018 г.

Пример 5. Живорожденный 33 недель гестации. Масса на момент смерти 1400 г. Жил 5 суток.

Основное заболевание. Врожденный комбинированный порок сердца: атрезия трехстворчатого клапана, гипоплазия правого желудочка, атрезия устья легочного ствола, аплазия клапанов легочного ствола, дефект межпредсердной перегородки, открытое овальное окно, гипертрофия миокарда.(Q22.4).

Наложение системного-легочного анастомоза сосудистым протезом Gore-Tex № 4 между брахиоцефальным стволом и правой легочной артерией от 24.12.2013 г. Дренирование правой плевральной полости от 24.12.2013 г.

Конкурирующее заболевание. Двустороннее внутрижелудочковое нетравматическое кровоизлияние III ст. с перивентрикулярным геморрагическим некрозом и прорывом в четвертый желудочек. (P52.2).

Фоновые заболевания. Дисхрония развития тимуса по ретардантному типу: масса 1,9 г. при норме 6,6 г., гипоплазия и делимфотизация коркового вещества, инверсия слоев. ОНМТ (масса при рождении 1250 г.). Задержка роста плода.

Осложнения основного заболевания. ДВС-синдром: выраженное венозное полнокрое, очаговые кровоизлияния, гиалиновые тромбы в сосудах микроциркуляторного русла легких, печени, головного мозга, мягких мозговых оболочек, почек. Субкапсулярные гематомы печени (3).

Патология последа. Плацента III триместра беременности (33 нед.). Гипоплазия плаценты II ст. (дефицит массы 28%). Вирусно-бактериальный базальный и париетальный децидуит. Хронические геморрагические инфаркты суббазальных и центральных отделов (3). Хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

Патология матери, беременности и родов. Преждевременные роды в 33 нед. беременности. Негрес labialis в 7 нед. беременности. Многоводие. Хронический пиелонефрит с обострением в 8 нед. беременности.

На основании заключительного патологоанатомического диагноза оформляется медицинское свидетельство о смерти и клинико-патологоанатомический эпикриз.

Свидетельство о смерти представляет форму № 106-2/У – 08. Приложение № 2 к приказу № 782 н Минздравсоцразвития России от 26 декабря 2008 г. Эта форма состоит из следующих разделов:

В пункте а) указывается основное заболевание плода или ребенка (фиксируется лишь одно заболевание и оно должно иметь статус нозологической единицы: асфиксия новорожденного, родовая травма, гемолитическая болезнь новорожденного и т. д.;

- в пункте б) отражены другие заболевания, которые способствовали наступлению смерти плода или ребенка (здесь можно указывать несколько нозологических единиц;

- в пункте в) указывается основное заболевания матери или патология плаценты (должна быть лишь одна нозологическая единица, оказавшая патогенетически

значимую роль в танатогенезе плода или новорожденного ребенка;

- пункт г) включает другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшие неблагоприятное влияние на плод или ребенка;

- пункт д) содержит другие обстоятельства, имевшие отношения к мертворождению и смерти. Это акушерские пособия, операция кесарево сечение, ИВЛ, заменное переливание крови и др.

Пример 6. Новорожденный при родах 29 недель беременности. Жил 5 суток.

ОЗ - тетрада Фалло: дефект межпредсердной перегородки, стеноз устья легочной артерии, гипертрофия правого желудочка, декстрапозиция аорты (Q21.3).

ООЗ - двусторонняя полисегментарная пневмония.

ФЗ - дисхронии развития респираторной паренхимы легких и надпочечников.

ПП - хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

ПБ - грипп А в 5 недель беременности.

СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

а) ВПС: тетрада Фалло; (Q21.3).

б) двусторонняя полисегментарная пневмония;

в) грипп А в 5 недель беременности

г) многоводие

д) ИВЛ- 3 суток.

В обязательном порядке проводится кодирование основной патологии плода и новорожденного (пункт а) и патология матери (пункт б). В случае конкурирующего или сочетанного основного заболевания в свидетельстве о

смерти указывается и кодируется одна из приведенных нозологических единиц.

Пример 7. Новорожденный при родах в 32 недели беременности. Жил 3 суток.

Основное заболевание (комбинированное, конкурирующее).

ОЗ - 1. Врожденная внутренняя окклюзионная гидроцефалия (Q03.8).

ООЗ - отек головного мозга, дислокация ствола мозга с вклинением полушарий мозжечка в большое отверстие.

2. Двусторонняя врожденная интерстициальная пневмония (P23.1).

ООЗ - везикулярная эмфизема. Спонтанный пневмоторакс.

ФЗ - дисхронии развития респираторной паренхимы легких и надпочечников.

ПП – герпетический базальный децидуит, пролиферативный виллузит. Хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

ПБ – кольпит, хронический пиелонефрит.

СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

а) Врожденная внутренняя окклюзионная гидроцефалия (Q03.8);

б) Двусторонняя врожденная интерстициальная пневмония (P23.1).

в) Герпетический базальный децидуит.

г) Кольпит. Хронический пиелонефрит.

Известно, что пороки развития в пре- и перинатальной патологии занимают совершенно особое место по частоте и сложности. В патологоанатомическом диагнозе необходимо дать развернутую характеристику одного или

множественных врожденных пороков развития. При множественных пороках развития следует устанавливать принадлежность к тому или иному синдрому (генный, хромосомный, средовой), что имеет большое значение для профилактики ВПР на последующих этапах реабилитации женщин (прим. 8).

Пример 8. Антенатальная гибель плода при индуцированном прерывании беременности по медико-генетическим показаниям в 25 недель.

ОЗ (сочетанное) – 1. Синдром Эдвардса: долихоцефалия, аплазия мозолистого тела, дефект межпредсердной перегородки, микрогения, атрезия пищевода, гидро- и мегалоуретер (Q91.3).

2. Острая внутриутробная гипоксия плода: венозное полнокровие внутренних органов, жидкая кровь в полостях сердца и просвете крупных сосудов, субплевральные, субэпикардальные кровоизлияния (P20.0).

ФЗ – дисхронии развития респираторной паренхимы легких, поджелудочной и щитовидной желез.

ПП – гипоплазия плаценты. Первичная плацентарная недостаточность.

ПБ – аденовирусная инфекция на 4 неделе беременности.

Врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью, в патологоанатомическом диагнозе фигурируют в качестве основного заболевания. При сочетании ВПР с инфекционными заболеваниями эти две нозологические формы в зависимости от тяжести и характера поражения могут выступать в диагнозе как конкурирующие или сочетанные (прим. 9) или как основное заболевание и его осложнение (прим. 10).

Пример 9. Новорожденный 27 недель гестации. Жил 12 сут. 14 часов.

ОЗ (конкурирующее) 1. Врожденный порок развития кишечной трубки: агенезия слепой кишки и аппендикулярного отростка с разобщением слепых концов, гипоплазия тонкой кишки, вторичная дилатация подвздошной кишки с атрофией гипоплазированных мышечных структур. Стеноз внепеченочных желчных ходов, холестаза, гиперплазия внутрипеченочных желчевыводящих путей (Q43.8).

2. Генерализованный внутриутробный хламидиоз (прямая иммунофлюоресценция): серозно-десквамативная пневмония, менингоэнцефалит, межуточный гепатит (P23.1).

ООЗ ДВС-синдром, стадия фибринолиза: крупноочаговые кровоизлияния в респираторную паренхиму и интерстициальную ткань легких, легочное кровотечение, мелко- и среднеочаговые субарахноидальные кровоизлияния в теменно-височную область справа.

ПП – хламидийный базальный и париетальный децидуит, внеплацентарный амниохорионит, деструктивно-пролиферативный васкулит стволых и промежуточных ворсин, диссоциированное нарушение созревания ворсинчатого хориона, хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

ПБ – эндоцервикоз, хламидийный цервицит.

Пример 10. Новорожденный в 25-26 недель. Жил 6 суток 5 часов.

ОЗ (сочетанное) – 1. Врожденная двусторонняя серозно-десквамативная пневмония (P23.8).

2. Дефект межжелудочковой перегородки, сброс крови слева направо, дилатационная гипертрофия правого желудочка (Q21.0).

ПП – нарушение созревания ворсинчатого хориона, вариант промежуточных незрелых ворсин, пролиферативный базальный и париетальный децидуит неуточненной этиологии. Хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность.

ПБ – хронический пиелонефрит. Многоводие.

Достижения современной педиатрии и иммунологии требуют от патологоанатома выделения ряда новых нозологических форм, таких как тяжелые врожденные иммунодефицитные состояния (тяжелый комбинированный иммунодефицит, лимфопеническая агаммаглобулинемия швейцарского типа, синдром Ди Джорджи де Вааля, Незелофа, Брутона), тезауризмозы (гликогенозы, муковисцидозы, цистинозы).

Эти группы заболеваний, как правило, сочетаются с инфекционной патологией: кишечной инфекцией, вирусными заболеваниями, осложненными пневмонией, и сепсисом. При формулировке основного заболевания предпочтение отдается тяжелым врожденным и внутриутробно приобретенным иммунодефицитным состояниям, т.к. любая инфекционная патология является его закономерным осложнением. Внутриутробно приобретенные иммунодефициты – это результат преждевременной ответной реакции фетально незрелого тимуса с развитием в финале процесса иммунодефицитного состояния. В определенных ситуациях, с учетом морфологической картины тимуса,

выявленные иммунные нарушения у новорожденных могут фигурировать в рубрике фонового заболевания. К таким состояниям относится акцидентальная трансформация тимуса с обязательным указанием фазы процесса.

Пример 11. Новорожденный с НМТ (33 нед.). Жил 3 суток 15 часов.

Основное заболевание. Врожденный комбинированный иммунодефицитный синдром: гипоплазия тимуса (масса 0,5 г, при норме – $7,2 \pm 1,7$ г) с делимфотизацией долек, кистозной трансформацией тимических телец, жировым метаморфозом. Гипоплазия и делимфотизация белой пульпы селезенки и брыжеечных лимфатических узлов (D81.1)

Осложнения основного заболевания. Нозокомиальный неонатальный пупочный стафилококковый (бак. исслед-е № 184-187 от 05.09.2016 г. – *Staphylococcus aureus*) сепсис, септикопиемия: двусторонняя полисегментарная некротическая пневмония, некротический энтероколит, гепатит. ДВС: субэпидимарные кровоизлияния II ст., крупноочаговые кровоизлияния в паренхиму полушарий мозжечка и надпочечники.

Осложнения реанимации и интенсивной терапии. Гнойно-некротический эндофлебит пупочной вены с пристеночным тромбозом.

Патология последа. Плацента III триместра беременности (33 нед.). Диссоциированное нарушение созревания ворсинчатого хориона. Хронические геморрагические и ишемические инфаркты (2) в

парацентральных и краевых отделах. Рецидивирующая отслойка на 1/3 парацентрального отдела нормально расположенной плаценты на фоне базального децидуита. Острая плацентарная недостаточность на фоне хронической субкомпенсированной недостаточности плаценты.

Патология матери, беременности и родов.

Преждевременные роды в 33 нед. беременности. Дородовое излитие околоплодных вод. Вторичная слабость родовой деятельности. Хронический эндометрит

Современные методы лечения, особенно интенсивная и реанимационная терапия, привели к появлению ятрогенной патологии, меняющей как течение основного заболевания, так и механизмы танатогенеза. Ятрогенная патология у данной категории новорожденных чаще всего возникает при катетеризации венозных сосудов (тромбоз, эмболии, инфаркты, сепсис), при искусственной вентиляции легких (пневмоторакс, гемоторакс), в результате травмы плеврального купола (пневмоторакс, гемоторакс), при вливании токсических препаратов или препаратов с повышенной концентрацией через пупочную вену (некрозы печени) и т.д. Ятрогенную патологию в случаях *exitus letalis* необходимо выносить в рубрику основного заболевания (прим. 12) или в раздел осложнений интенсивной и реанимационной терапии (прим. 15). Место данной патологии в диагнозе определяется ее тяжестью и влиянием на течение основного процесса, а также характером развившихся осложнений и особенностями танатогенеза.

Пример 12. Новорожденный 27 недель гестации. Жил 6 суток 12 часов.

Основное заболевание комбинированное, состоящее из двух конкурирующих нозологических форм.

ОЗ 1. Посткатетеризационный тромбофлебит левой подключичной вены с тромбозом ее ветвей (Т.80.1).

ООЗ - Гнойно-фибринозный медиастинит, левосторонняя абсцедирующая пневмония, левосторонний плеврит.

ОЗ 2. Двустороннее кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга с развитием гемоцефалии (Р52.1).

ФЗ – дисхронии развития легких, надпочечных и поджелудочной желез.

ПП - хронические нарушения материнско-плодового кровообращения по площади более 50%.

Пролиферативный виллузит, вирусно-бактериальный базальный и париетальный децидуит. Хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность.

ПБ и Р – урогенитальный хламидиоз.

Пример 13. Новорожденный 27 недель гестации. Жил 5 суток 8 часов.

ОЗ – двустороннее кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга с прорывом крови в III, IV желудочки и паренхиму головного мозга. Гемоцефалия (Р52.2).

Осложнения интенсивной терапии - крупноочаговые кровоизлияния в паренхиму печени с формированием очагов некроза, состояние после правостороннего пневмо-, гемоторакса, дренирование плевральной полости. Субтотальный некроз слизистой оболочки трахеи.

ПП - крупноочаговые острые геморрагические инфаркты площадью 25%.

ПБ и Р – преэклампсия. Слабость родовой деятельности, длительный безводный период.

Определенные сложности возникают при анализе материала в случаях с внутриутробной инфекцией. В патологоанатомическом диагнозе инфекционные заболевания, развивающиеся внутриутробно, занимают место основного заболевания. Существенную помощь в диагностике инфекционной патологии у плодов и новорожденных оказывает морфологическое исследование последа, при котором выявляются характерные гистологические признаки, специфичные для отдельных инфекций.

Определенные затруднения возникают при патологоанатомической диагностике сепсиса у плодов и новорожденных. Трудности обусловлены тем, что патогенетические механизмы сепсиса у данной категории новорожденных определяются такими факторами, как гестационная зрелость, состояние макроорганизма, характеризующееся как гипо- или ареактивное в зависимости от зрелости и соответствия тимуса, периферических органов иммунной системы сроку гестации. С этиопатогенетических позиций чаще встречается врожденный сепсис – результат гематогенного или восходящего инфицирования с последующей генерализацией процесса.

Пример 14. Новорожденный с ЭНМТ (26-27 недель). Жил 2 суток 20 часов.

ОЗ – ранний неонатальный сепсис стрептококковой этиологии, септицемия, острое течение. Лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция легких, миокарда, почек. Множественные крупные очаги экстрамедуллярного кроветворения в печени и поджелудочной железе (РЗ6.1).

ООЗ – ДВС - синдром: распространенные стазы и фибриновые тромбы в сосудах микроциркуляторного русла легких, головного мозга, почек, очаговые кровоизлияния в миокард, тимус, легкие и мозговое вещество надпочечников. Синдром полиорганной недостаточности: вакуольная дистрофия гепатоцитов и эпителия извитых канальцев почек, некробиоз и фрагментация кардиомиоцитов. Набухание и отек головного мозга и легких.

ФЗ – акцидентальная трансформация тимуса IV фаза, дисхронии развития головного мозга, легких, надпочечников по ретардантному типу.

ПП – диффузный гнойный амниохорионит, субамниальный интервиллезит, базальный децидуит, фуникулит. Хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность.

Патология матери, беременности и родов - бактериально-хламидийный кольпит, дородовое излитие околоплодных вод.

Особенности оформления патологоанатомического эпикриза в перинатологии

Патологоанатомический эпикриз содержит обоснование основного заболевания и непосредственной причины

смерти с последовательным перечислением определяющих звеньев танатогенеза с учетом заболеваний матери, осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также данных гистологического заключения по плаценте. В эпикризе анализируются осложнения, вызванные лечебно-диагностическими вмешательствами, и проводится их связь с основным заболеванием. Обязательным является анализ антропометрических параметров и соответствие их сроку гестации, в том числе с использованием центильных таблиц оценки физического развития. Из антропометрических параметров, наиболее информативными являются теменно-пяточная, теменно-копчиковая длины, окружность головы, груди, длина бедра и стопы. При несоответствии развития сроку гестации указываются материнские, плацентарные, плодовые факторы, приводящие к задержке внутриутробного развития и влияющие на массо-ростовые показатели плода. Необходимо подчеркнуть, что задержка внутриутробного развития плодов и новорожденных с массой тела до килограмма регистрируется в диагнозе и эпикризе в качестве фонового заболевания. В крайне редких случаях гестационная незрелость может фигурировать в качестве основного заболевания. Это касается плодов и новорожденных без выраженной соматической патологии, которые в силу морфологической незрелости не способны адаптироваться к внеутробным условиям существования. В патологоанатомическом эпикризе следует указывать причины прерывания беременности (индуцированное или самопроизвольное) и констатировать факт ante-, интра- или постнатальной гибели плода или новорожденного.

Сличение диагнозов проводится с указанием совпадения или расхождения диагнозов по нозологическому, этиологическому принципу и локализации процесса. В заключении при сличении диагнозов обосновывается категория (I, II, III) и причины расхождения (объективные, субъективные). Оценивается влияние запоздалой диагностики и реанимационных мероприятий на лечение и исход заболевания.

Таким образом, формулировка патологоанатомического диагноза в перинатологии должна базироваться на анализе клинико-морфологических изменений в элементах функциональной системы “мать-плацента-плод”, на знании критериев морфологической зрелости и дисхроний развития органов и систем, на четком представлении особенностей морфогенеза основных видов перинатальной патологии у данной категории новорожденных.