

П.Ф. Калитеевский

**Макроскопическая дифференциальная
диагностика патологических процессов**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61(035)
ББК 51.1
П11

П11 **П.Ф. Калитеевский**
Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов / П.Ф. Калитеевский – М.: Книга по Требованию, 2023. – 340 с.

ISBN 978-5-458-35401-1

В руководстве освещены вопросы макроскопической диагностики заболеваний у секционного стола. Подробно описано внешнее и внутреннее исследование трупа. Даны рекомендации по построению патологоанатомического диагноза и составлению клинико-анатомического эпикриза. Книга предназначена для патологоанатомов, судебных медиков и клиницистов.

ISBN 978-5-458-35401-1

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Последним крупным руководством по патологической анатомии, в котором излагались только видимые невооруженным взглядом изменения органов и тканей при различных болезнях человека, было трехтомное руководство К. Рокитанского (1842-1846). С выходом в свет «Целлюлярной патологии» Р. Вирхова (1858), открывшей эру микроскопической патологической анатомии, центр внимания исследователей стал заметно смещаться в сторону все более детального изучения клеток и межклеточного вещества, вследствие чего в морфологической диагностике болезней патологическая гистология начала как бы заслонять собой патологическую анатомию. На теневые стороны такого хода событий уже вскоре было обращено внимание. Известный французский клиницист И. Шарко в книге «Лекции о болезнях печени» (1879) писал: «... дело в том, что блестящая карьера, сделанная в последние годы гистологической патологической анатомией, повела к тому, что другая патологическая анатомия, более старая, разрабатываемая невооруженным глазом, отошла на задний план. Этот факт и несправедлив, и прискорбен, ибо, как я буду иметь много случаев указать, существуют весьма важные данные, почерпаемые только из макроскопической патологической анатомии. Эта последняя заслуживает, стало быть, во всех отношениях, чтобы ее восстановили и возвратили ей ее почетное место».

В дальнейшем, однако, отмеченная тенденция не только не ослабевала, но наоборот, усиливалась. Прогресс микроскопической техники, появление таких методов исследования, как гистохимические, иммуноморфологические, и особенно, электронная микроскопия, быстро уводили исследователя все дальше вглубь клетки и одновременно способствовали большому сужению его панорамного видения больного организма в целом. В последние десятилетия непрерывно возрастающая узкая специализация в области патологической анатомии, как и в других медицинских дисциплинах, а также бурное развитие так называемой клинической морфологии, т. е. прижизненной морфологической диагностики болезней путем изучения биопсированной ткани, привели к тому, что многие патологоанатомы, особенно молодые, вообще потеряли из своего поля зрения болезнь как таковую и судят о ней лишь по крошечным ее фрагментам. Немалую роль в утверждении такого положения сыграли и довольно многочисленные дискуссии последних лет, в которых обсуждается вопрос о том, нужны ли вообще вскрытия, не отжили ли они свой век вследствие недостаточной информативности и др.

Все подобные тенденции ничего, кроме вреда, не приносят делу дальнейшего развития патологической анатомии как науки о структурно-функциональных основах болезней человека. Совершенно очевидно, что это развитие может быть плодотворным только при условии комплексного изучения патологических процессов на всех уровнях организации – организменном, органном, тканевом, клеточном, внутриклеточном. Первый, т. е. вскрытие, позволяет получить представление о панораме болезни, роли и участии в ней различных органов и систем. Изучение органных и тканевых изменений помогает выяснению качественных особенностей и топографии патологического процесса. Электронная микроскопия, гистохимические и

другие методы раскрывают сущность тончайших изменений, происходящих внутри клетки, и позволяют провести структурно-функциональные сопоставления с результатами биохимического, радиоизотопного и других исследований. Отсутствие сведений о структурных изменениях на каком-либо уровне лишает исследователя возможности получить цельное представление о болезни, делает его фрагментарным.

Несмотря на очевидность изложенного, имеется резкая диспропорция между большим числом руководств и различного вида пособий, касающихся патогистологической, электронно-микроскопической, гистохимической и других характеристик болезней человека, и практически полным отсутствием такого рода сводных данных об их макроскопической картине, о правилах, методах и стиле работы прозектора у секционного стола, о том, какие сведения он при этом может получить и как их следует интерпретировать. В зарубежной литературе пользуется известностью неоднократно переиздававшееся руководство О. Saphir "Autopsy diagnosis and technic". В отечественной литературе, насколько известно, до сих пор такого пособия не было. Поэтому появление предлагаемого читателю руководства П. Ф. Калитеевского, обобщившего в нем свой большой прозекторский опыт, следует приветствовать не просто как выход еще одной хорошей книги, а как весьма знаменательное событие в нашей медицинской литературе вообще и в патологоанатомической в частности.

Большой практический опыт и эрудиция автора позволили в стройной форме изложить почти все известные прежде и новейшие материалы, касающиеся макроскопических изменений органов при заболеваниях, дать им оценку с точки зрения этиологии и патогенеза в свете прижизненных наблюдений за больным и применявшихся лечебных и диагностических мероприятий. Логическим завершением книги является раздел о принципах построения патологоанатомического диагноза и заключения, написанный академиком АМН СССР А. В. Смольяниковым.

Большой труд П. Ф. Калитеевского, несомненно, получит высокую оценку. Он очень нужен многим специалистам-патологоанатомам в их повседневной работе, тем, кто учится или повышает свою квалификацию в этой области, судебно-медицинским экспертам и др. С полной уверенностью могу сказать, что руководство П. Ф. Калитеевского разделит судьбу тех, которые мы называем настольными книгами и библиографическими редкостями.

Академик АМН СССР Д. С. Саркисов

Патологоанатомическая диагностика складывается из обобщения конкретных макроскопических картин, выступающих в качестве признаков болезни. Предлагаемое руководство является по существу семиотическим изложением данных макроскопических наблюдений, лежащих в основе трактовки патологических процессов, формулировки анатомического диагноза и понимания патогенеза болезни в каждом конкретном случае.

Материал книги расположен в той последовательности, в которой прозектор рассматривает предстающие перед ним картины. Протоколирование вскрытия есть вербальный процесс. Слово в достаточной мере точно, характеризует внешние признаки и предоставляет их в обобщенном виде, допускающем включение индивидуальных вариаций, укладывающихся в единую суть наблюдаемого состояния. Книга рассчитана на достаточно четкое понимание словесного описания и поэтому не содержит иллюстраций.

Руководство не является энциклопедическим справочником и не претендует на полное описание патологической анатомии болезней человека. Наоборот, читатель в ней многого не найдет. Не найдет он многих специфических поражений кожных покровов, лишь встретит характеристики кожных проявлений некоторых заболеваний внутренних органов или тех редких заболеваний кожи, которые сами могут привести к смерти. Не найдет читатель систематического и детального описания большинства опухолей, если они не сочетаются, как правило, с другими болезнями. Не найдет сведений о многих крайне редко встречающихся аномалиях и генетически обусловленных заболеваниях, которым несть числа. Мы сознательно обошли также вопросы обширной «детской» патологии, которая хотя принципиально и не отличается от «взрослой», но имеет свои специфические особенности. Поэтому наша книга адресована в основном «взрослым» патологам и судебно-медицинским экспертам.

Во всех разделах книги читатель встретит многочисленные повторы и ссылки на последующие и предыдущие разделы, поскольку и сама мысль прозектора по ходу вскрытия непременно обращается к уже увиденному и к тому, что он ожидает увидеть при дальнейшем исследовании трупа. Это неизбежно, но и не вредно.

Для тех, кто захочет вспомнить, какими известными морфологическими признаками характеризуется та или другая болезнь или синдром, в конце книги дан их список с постраничным указателем основных морфологических признаков этих заболеваний.

Описание внешних проявлений большинства относительно часто встречающихся патологических процессов основано на личном опыте авторов. Но, естественно, многие редкие заболевания не встретились в их практике. Поэтому пришлось при написании книги воспользоваться обширной литературой – статьями, учебниками, руководствами, монографиями как отечественных, так и зарубежных авторов. Список рекомендуемой литературы приведен в конце книги.

Необходимо сделать одно предупреждение. Хотя описанные морфологические изменения при различных патологических процессах оценены как «типичные», как статистическая

медиана, в большинстве случаев они могут иметь значительные отклонения в ту или другую сторону. Интенсивность этой медианы невелика, что обусловлено индивидуальностью заболевания, индивидуальностью субъекта, наличием конкурирующих и сопутствующих заболеваний, естественным и терапевтическим патоморфозом болезней и многими другими причинами. Поэтому к описанию «типичных» морфологических находок и к оценке их необходимо подходить с осторожностью, привлекая при анализе соответствующие сведения из других источников и обязательно из личного опыта и опыта коллег.

Третий раздел руководства как в фактической, так и в аналитической части основан преимущественно на результатах обсуждения конкретных секционных наблюдений на конференциях кафедры патологической анатомии Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей в период заведования этой кафедрой автором III части книги. В работе конференций принимали участие сотрудники патологоанатомического отделения больницы им. С. П. Боткина, врачи-клиницисты этой больницы и врачи-курсанты.

Авторы надеются, что их труд будет правильно воспринят и критически оценен читателями. Все замечания в адрес книги и пожелания будут с удовлетворением приняты.

Авторы глубоко и искренне благодарят товарищей по работе и всех коллег, которые своими советами и трудом помогли при подготовке и издании этой книги.

Патологическая анатомия – фундамент клинической медицины. В ее задачи входят не только описания материального субстрата болезней, но и трактовка динамических взаимосвязей, запечатленных в последовательности структурных изменений, относимых к патологическим. Прозектор, клинический патолог, является непосредственным наблюдателем и интерпретатором изменений, происшедших в организме умершего, в их анатомическом выражении, а секционный зал – место, где значение многих клинических параметров, в том числе и нормы, может быть оценено с достаточной определенностью. Исследование трупа – исходное звено, отправная точка для медика, основа для его обучения, для развития и пополнения анатомических и патологоанатомических знаний как для патолога, так и для клинициста.

«Смерть приходит на помощь жизни», – эту помощь любому абстрактному больному патологическая анатомия оказывает опосредованно в результате постоянной консультативной помощи клиницисту, участвуя в совершенствовании его знаний путем выявления прижизненных диагностических ошибок и уменьшения их вероятности после показательных вскрытий, а также способствуя лучшему пониманию патогенеза и разнообразного (эволюционного, возрастного, терапевтического и др.) патоморфоза болезней, что невозможно без углубленной работы прозектора в секционном зале.

С конца XIX века развивающаяся патологическая гистология дала мощный толчок к развитию современной патологии, стала надежным помощником патологоанатома. Он же, исследуя операционный и биопсийный материал, стал оказывать неоценимую помощь клиницисту в его диагностической и лечебной работе. В настоящее время каждому третьему-четвертому больному, находящемуся в стационаре, производят биопсию, которая является не только диагностическим и иногда прогностическим средством, но и методом контроля за эффективностью лечения. Таким образом, деятельность патологоанатома прямо соответствует гуманным задачам медицины – борьбе за здоровье и жизнь конкретного больного.

И все же, учитывая объем материала, доступного для глубокого и разностороннего исследования, дающего возможность обобщения, разработки всех проблем патогенеза болезней, секционная работа прозектора остается главным, первостепенным по важности источником патологоанатомических знаний. Кроме того, эта работа является главным источником объективных сведений для статистической разработки и учета заболеваемости и смертности населения.

В то время как при классическом методе изучения заболеваний человека основное направление идет от нозологии к семиотике, в практике клинициста чаще приходится идти от противного – от жалоб, симптомов к определенной нозологической единице. Лишь в редких случаях больной приходит к врачу с «готовым» диагнозом, и последнему остается только уточнить и подтвердить диагноз обнаружением соответствующих симптомов или отвергнуть его и строить новый диагноз.

Патологоанатом имеет в своем распоряжении больше информации. Кроме окончательного диагноза клинициста, хотя бы предположительного, у него есть в большинстве случаев и

данные анамнеза, лабораторных исследований, информация о результатах клинического, рентгенологического и других обследований. Ему нужно только морфологическими находками объяснить симптомы, выявленные лечащим врачом у больного, и подтвердить диагноз клинициста.

Однако несмотря на все успехи медицинской науки, в частности клинического ее раздела, до сих пор встречается значительное число клинико-анатомических расхождений. В 50-х годах И. В. Давыдовский отмечал, что доля клинико-анатомических расхождений находится в пределах 15-16% от всех вскрытий. Такие цифры наблюдаются в тех учреждениях, где имеются достаточно квалифицированные и высоко эрудированные прозекторы, хорошо владеющие дифференциальной диагностикой. Но и этот процент не всегда отражает истинное положение дел. Многое зависит от подхода к оценке совпадения, от абсолютного и относительного числа вскрытий, личных и деловых качеств прозектора, взаимоотношения его с клиницистами и администрацией и от многих других причин. Примером тому может служить очень высокая частота клинико-анатомических расхождений в большинстве стран Европы, которая достигает 40-50%. Это объясняется тем, что в указанных странах вскрытию подвергается небольшая часть умерших в больнице, главным образом с неясным прижизненным диагнозом. Естественно, увеличивается число расхождений. Другой причиной является то, что подход к оценке расхождений более строг – учитываются и случаи «частичного» расхождения по уточненной локализации, этиологии, наличию сопутствующих заболеваний, а в Советском Союзе процент расхождений принято исчислять, исходя из случаев «полного» расхождения клинического и анатомического диагноза, т. е. по основной нозологической единице (или «начальной причине», согласно МКБ).

Кроме неправильно диагностированных клинически, в практике прозектора иногда, а в практике судебно-медицинского эксперта постоянно встречаются случаи с неустановленным прижизненным диагнозом либо с диагнозом весьма проблематичным, т. е. диагностическими предположениями. При этом патологу приходится идти через анализ симптомов болезни и морфологических находок к формулировке диагноза, к определению нозологической единицы. Даже в тех случаях, когда основное заболевание, а также фоновые и сопутствующие болезни определены клиницистом правильно, прозектор при вскрытии обнаруживает нередко много нового, не замеченного или не учтенного клиницистом. Эти находки после их соответствующей оценки могут повлиять на окончательную формулировку развернутого диагноза со всеми его подразделами, отражающими квалификацию нозологических единиц в качестве основного, фоновых и сопутствующих заболеваний, а также осложнений и последствий этих болезней.

Вскрытие при заранее известном диагнозе имеет свои отрицательные стороны. Совершенно естественно и психологически обосновано, что прозектор невольно (к сожалению, иногда и вольно) «притягивает» некоторые обнаруженные изменения к клиническому диагнозу. И нередко весьма трудно бывает отучить молодого прозектора от этого. «Слепое», без диагноза, вскрытие может оказаться более объективным. Близки к этому и очень типичны ошибки, когда категоричное заключение прозектор делает по ходу вскрытия, а не после окончания его. Создание преждевременной концепции о болезни по одной какой-либо, пусть да-

же очень выразительной, находке грозит необоснованным привлечением других обнаруживаемых изменений к этой концепции. Только исследование всех органов и частей тела позволяет связать все обнаруженные изменения в единое целое и понять те условия или заболевания, которые вызвали эти изменения. Это в равной степени важно и при патологоанатомическом и судебно-медицинском исследовании трупа и еще важнее в практике клинициста.

Как в первой части – анализе, так и во второй части – синтезе патолог должен учитывать не только все морфологические находки, но и анамнестические, клинические и так называемые параклинические данные. В последние годы все шире и шире внедряются в практику методы клинической морфологии. Это дает возможность клиницисту и патологу при жизни оценивать структурные изменения в организме больного, часто в динамике, и контролировать ход лечения. Для теоретической медицины появилась прекрасная возможность изучения некоторых сторон патогенеза, течения заболевания с морфологических позиций как в естественных условиях, так и в процессе лечения.

Таким образом, в распоряжении прозектора, клинического патолога имеется обширная и разносторонняя информация, которую необходимо осмыслить, проанализировать, а затем на основании отобранных данных построить объективное заключение. В век научно-технической революции появилась возможность и были сделаны попытки переложить часть этой трудной работы на машину, на компьютер. Некоторое время на это возлагали большие надежды, которые пока не оправдались. По-видимому, в обозримом будущем не появятся такие машины, которые смогут конкурировать в вопросах диагностики болезней с самым совершенным творением природы – с человеком и его мозгом, способным чувствовать, выражать эмоции и мыслить не формально логически. Даже если и будут созданы диагностические автоматы, последнее слово в интерпретации всех машинных данных по отношению к конкретному больному и патологоанатомическому исследованию останется за врачом.

В этом кратком руководстве нам хотелось показать на ряде примеров, как практически идет формирование диагноза при вскрытии трупа, хотелось в порядке помощи начинающему прозектору рассказать о некоторых тонкостях, облегчить установление диагноза. В то же время мы постарались как можно полнее охарактеризовать возможные патологические находки по каждому органу, по каждой системе органов. Конечно, абсолютно все в одну книгу уложить нет возможности.

План книги соответствует процессу типичного вскрытия – первые разделы посвящены знакомству с исходными данными, главным образом с историей болезни, затем идут разделы, касающиеся внешнего исследования трупа и далее – исследования внутренних органов и систем. Заканчивается книга разделом, в котором изложены принципы и техника построения диагноза и заключения о причине смерти больного.

Практическая работа прозектора строится на последовательности: от наблюдения картины к ее описанию. Эта работа, базирующаяся на исходном знании нозологии, требует тщательной объективности в оценке картин, выявляемых при вскрытии трупа. Идентификация не только ведущей нозологической единицы в каждом конкретном случае, но и осложнений, а также фоновых и сопутствующих заболеваний предполагает многоаспектность восприятия, т. е. требует широких морфологических знаний. Конечно, все нозологические единицы и все

синдромы детально знать невозможно, но помнить об их существовании и о том хотя бы, к какому классу они относятся, патолог обязан. Кроме того, клинический патолог должен ориентироваться в некоторых частных вопросах, связанных с клинической диагностикой и лечением различных болезней. Для этого он должен работать в тесном контакте с клиницистами, быть знаком с клинической литературой, посещать клинические конференции, участвовать в обследовании больных.

До настоящего времени нет полного согласия в определении понятий: «нозологическая единица», «болезнь», «синдром». Действительно, пока нам неизвестны истинное начало болезни, начальная точка патогенеза, мы не будем знать точной границы между этими понятиями. Многие достаточно четкие в клинко-морфологическом отношении синдромы на данном этапе наших знаний приобретают право на нозологическую единицу, на болезнь. При упоминании о синдромах и болезнях мы постарались там, где это возможно, меньше пользоваться эпонимами, хотя и приводим имена исследователей, оставивших след в названии синдрома или болезни. В некоторых случаях без них трудно обойтись, настолько они привычны, известны и общеупотребительны. Значительно проще сказать: «базедова болезнь» или «синдром Марфана», чем дать описательное их название.

Читателя, возможно, удивит и озадачит, что в книге, посвященной вопросам морфологии, совсем нет иллюстраций. Это объясняется тем, что прозектор в своей повседневной практической деятельности крайне редко прибегает к иллюстрациям и ограничивается словесным описанием морфологических находок. Хорошее описание оказывается вполне достаточным для того, чтобы ясно отразить всю картину. Почти любой патологический процесс можно подробно и грамотно описать, включив характеристику внешнего вида объекта, его формы, цвета со всеми оттенками, консистенции и других признаков, чего не может дать обычная двухмерная фотография.

Дифференциальная патологоанатомическая диагностика учитывает признаки нормы, пограничных состояний и собственно патологические признаки разной степени важности. Знать эти признаки в их макроскопическом выражении для прозектора – постоянная профессиональная необходимость. Дефицит такого знания ведет к упрощенным трактовкам, к примитивизации и сужению профессионального кругозора прозектора. Отсутствие современных руководств по макроскопической дифференциальной диагностике патологических процессов у секционного стола побудило нас написать эту книгу, обращение к которой позволит не отбрасывать в сторону малознакомые картины, не пропускать их сквозь пальцы (для патологоанатома в буквальном смысле слова), а дать им правильное толкование, укладывая в систему многообразия конкретных наблюдений. Книга написана с учетом именно этой потребности.

ПОДГОТОВКА К ВСКРЫТИЮ, ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВ СМЕРТИ БОЛЬНОГО

Прежде чем прозектор приступит к вскрытию трупа, крайне необходимо ознакомиться со всеми данными, касающимися жизни, болезни и смерти больного. Эти данные, как правило, прозектор находит, изучая историю болезни умершего. Но даже если история болезни оформлена полно и хорошо, у прозектора могут возникнуть вопросы, которые не вставали перед лечащим врачом и с его точки зрения были несущественны, а потому и не были отражены в истории болезни. Иногда же заполнение истории болезни просто недостаточно качественное и многие детали приходится уточнять. Нередко подробные анамнестические сведения можно получить только из беседы с близкими покойного, тогда как лечащий врач не всегда имеет такую возможность, часто ввиду краткости пребывания тяжелого больного и невозможности личного контакта с ним или с его родными.

Историю болезни необходимо перед вскрытием изучить от первой и до последней страницы. При этом нужно обратить внимание на полученные выписки из других лечебных учреждений, где, возможно, лечили больного, на первичный диагноз, имеющийся в направлении на госпитализацию или в листке скорой помощи, если больной был доставлен ею. Нередко первичный осмотр заболевшего, выявление первичных симптомов ведет к установлению правильного диагноза, тогда как обследование больного спустя какое-то время может повести по неправильному пути. Клиническая картина может быстро меняться, исчезает ряд локальных симптомов, состояние больного становится настолько тяжелым, что не позволяет выяснить ни подробный анамнез, ни уточнить что-либо. Поэтому к первичному диагнозу необходимо всегда относиться с должным вниманием.

Нельзя оставлять без внимания и паспортные сведения (возраст, национальность, место жительства и работы), а также анамнез. Как говорят, правильно собранный анамнез – половина диагноза. Я бы сказал – больше половины. В ряде случаев только один анамнез дает возможность поставить уверенный диагноз, поэтому анамнезу необходимо уделять особое внимание при изучении истории болезни. В истории болезни в разделе анамнеза жизни должны быть указаны действительный род занятий, профессия больного, а не просто «пенсионер», место постоянного жительства больного, его возможные перемещения, откуда больной прибыл и т. п. В некоторых случаях такие сведения могут дать ключ, разгадку всего случая и помочь в установлении диагноза. Приведем лишь два примера, иллюстрирующих это положение.

Молодая женщина поступает в тяжелом состоянии, истощена, анемизирована. На предыдущих этапах лечения у больной вначале был заподозрен туберкулез с поражением органов дыхания и кожи. В биоптатах из лимфатических узлов и кожи были обнаружены бугорки саркоидного типа. Специфические реакции и биологические пробы на наличие туберкулезной инфекции не дали положительных результатов и диагноз был изменен на генерализованный саркоидоз. Больная вскоре скончалась. При вскрытии и гистологическом исследовании действительно была обнаружена картина генерализованного саркоидоза. Изучая историю болезни, прозектор обратил внимание, что больная по профессии лаборант и работала на заводе легких сплавов. Дальнейшие расспросы

позволили уточнить, что больная имела дело с солями бериллия. Был заподозрен бериллиоз. Спектрографическое и химическое исследование органов подтвердило предполагаемый диагноз. Так учет профессии и места работы помог в уточнении диагноза и этиологии заболевания.

Другой пример. Мужчина 45 лет умер от сердечно-легочной недостаточности. Причину заболевания помогло установить знание постоянного места жительства и работы больного. У родных покойного было выяснено, что больной уроженец средней полосы, последние 15 лет прослужил высоко в горах, почти не спускаясь вниз, кроме отпусков. Исключив другие причины развития легочного сердца, было решено, что причиной заболевания явилось длительное пребывание больного в условиях высокогорья.

Подобных примеров можно привести немало, особенно когда дело касается профессиональных заболеваний или географической и эндемической патологии, особенно инфекционной.

На титульном листе истории болезни, кроме «входного» диагноза, поставлен рабочий клинический диагноз (иногда не один) и заключительный (посмертный) диагноз. Необходимо внимательно изучить эти диагнозы с учетом времени установления их.

Затем необходимо выяснить обстоятельства смерти больного, характер умирания, темп и продолжительность агонии. Эти вопросы, крайне важные для постановки правильного диагноза, как правило, приходится выяснять путем личного контакта с врачом, иногда с другим медицинским работником или свидетелями печального исхода – соседями по палате, родственниками и др. Дело в том, что, за редким исключением, в истории болезни стоит стандартная и ни о чем не говорящая фраза: «во столько-то часов и минут больной скончался при явлениях падения сердечной деятельности и остановки дыхания».

Изучение истории болезни преследует еще одну цель. Необходимо убедиться, что в данном конкретном случае нет никаких судебно-медицинских вопросов, нет подозрений на насильственную смерть, на смерть от механических повреждений, отравлений, криминального аборта и др. В противном случае вскрытие согласно санкции главного врача учреждения и правоохранительных органов должен производить судебно-медицинский эксперт.

Вооружившись до вскрытия всеми необходимыми сведениями, весьма полезно прозектору самому сформулировать диагноз, который может совпасть или не совпасть с диагнозом клинициста. Этим приемом прозектор ставит себя в какой-то мере в положение лечащего врача, что очень важно для взаимопонимания между патологоанатомом и клиницистом.