

**БОДНАР Я.Я.  
РОМАНЮК А.М.  
КУЗИВ О.Є.**

# **ПРАКТИКУМ З БІОПСІЙНО- СЕКЦІЙНОГО КУРСУ**

*Рекомендовано Центральним методичним кабінетом  
з вищої медичної освіти МОЗ України  
як навчальний посібник для студентів  
вищих медичних навчальних закладів  
III-IV рівнів акредитації*

Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2002

УДК 616-091.8(075.8)

Б 75

ББК 52.51я723

*Укладачі:*

**Я.Я. Боднар** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії з біопсійно-секційним курсом і судової медицини Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я.Горбачевського

**А.М. Романюк** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії з курсом судової медицини медичного факультету Сумського державного університету

**О.Є. Кузів** – доктор медичних наук, професор кафедри патологічної анатомії з біопсійно-секційним курсом і судової медицини Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я.Горбачевського

*Рецензенти:*

заслужений діяч науки і техніки України, дійсний член Міжнародної академії патології, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії з біопсійно-секційним курсом і судової медицини Харківського державного медичного університету **А.Ф. Яковцова**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії з біопсійно-секційним курсом і судової медицини Івано-Франківської державної медичної академії **І.О. Михайлюк**

**Боднар Я.Я., Романюк А.М., Кузів О.Є.**

Практикум з біопсійно-секційного курсу: Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 188 с.

Посібник укладено відповідно до навчальної програми з біопсійно-секційного курсу, затвердженої Управлінням медичної освіти і науки МОЗ України для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації. Мета – допомогти студентам оволодіти основними матеріалами, які необхідні для практичної діяльності лікарів всіх медичних спеціальностей: положеннями наказу МОЗ України за № 81 від 12.05.1992 р. “Про подальший розвиток патологоанатомічної служби в Україні”, принципами формулювання діагнозу, лікарського свідчення про смерть та методом клініко-анатомічного аналізу біопсійного, операційного і секційного матеріалів. Особливістю даного посібника є те, що він містить інструктивні матеріали, затверджені МОЗ України, і ситуаційні задачі, що дає можливість студенту самостійно, під керівництвом викладача, опанувати основним програмовим матеріалом курсу. Виділено в окремі заняття ділові ігри “Організація роботи клініко-патологоанатомічної конференції” та “Особливості проведення патологоанатомічного дослідження у випадку смерті від недуг інфекційної патології”.

ISBN 966-7364-95-X

ББК 52.51я723

© Боднар Я.Я., Романюк А.М.,  
Кузів О.Є., Тернопіль, 2002

## Зміст

<b>Вступ</b> .....	4
<b>Заняття № 1. Мета, завдання патологоанатомічної служби та її місце в системі охорони здоров'я</b> .....	7
<b>Заняття № 2. Основна патологоанатомічна документація. Побудова патологоанатомічного діагнозу, клініко-патологоанатомічного епікризу, порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть</b> .....	31
<b>Заняття № 3. Розтин померлого у випадку смерті від недуг терапевтичного профілю</b> .....	74
<b>Заняття № 4. Особливості проведення патологоанатомічного дослідження у випадку смерті від недуг інфекційної патології</b> .....	107
<b>Заняття № 5. Розтин померлого від хірургічної або акушерсько-гінекологічної патології</b> .....	129
<b>Заняття № 6. Розтин померлої дитини. Особливості клініко-анатомічного аналізу та організації розтинів у педіатричній практиці</b> .....	148
<b>Заняття №7. Роль патологоанатомічної служби у контролі за якістю лікувально-профілактичної роботи. Організація роботи лікувально-контрольних комісій (ЛКК) та клініко-патологоанатомічних конференцій</b> .....	157
<b>Заняття № 8. Методи біопсійного дослідження матеріалу</b> .....	171
<b>Заняття № 9. Залікове заняття. Захист протоколу розтину</b> .....	186



## ВСТУП

Біопсійно-секційний курс належить до шпитальних дисциплін в системі підготовки медичних спеціалістів у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації МОЗ України. Основне його завдання – завершити формування у студентів клініко-морфологічного мислення. Згідно з навчальною програмою, на оволодіння матеріалом біопсійно-секційного курсу відводиться 18 год. Бажано, проводити практичні заняття безпосередньо на базі патологоанатомічного бюро, біля секційного стола. Проте, як показує педагогічний досвід, внутрішньовузівську сітку розкладу занять не завжди вдається пристосувати до роботи патологоанатомічних відділень. З огляду на це, застосовуються такі методи організації навчального процесу, як участь студентів у клініко-анатомічних конференціях, вирізці та перегляді біопсій тощо.

Для оптимального забезпечення навчального процесу та досягнення основних цілей курсу необхідно створити пакет методичних розробок, які б максимально забезпечили практичну роботу студентів при відсутності розтинів та біопсійного матеріалу. Саме таке спрямування має даний посібник. При його укладанні використано основні положення наказу МОЗ України за № 81 від 12.05.1992 р. “Про подальший розвиток патологоанатомічної служби в Україні”, ситуаційні задачі, короткі виписки з протоколів розтинів, що дасть можливість студенту самостійно, під керівництвом викладача, опрацювати програму з біопсійно-секційного курсу.



## Заняття № 1

### **Мета, завдання патологоанатомічної служби та її місце в системі охорони здоров'я**

**Мотивація:** патологічній анатомії, як клінічній спеціальності, належить суттєве місце у роботі лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я. За своїми завданнями та змістом патологоанатомічна служба тісно пов'язана з клінікою. Всім лікарям у своїй практичній діяльності постійно доводиться бути присутніми на розтинках, обговорювати разом із патологоанатомом питання танатогенезу та остаточного діагнозу, аналізувати морфологічний опис біопсій, оформляти лікарські свідоцтва про смерть, брати участь у роботі лікарсько-контрольних комісій і клініко-патологоанатомічних конференцій. Для цього практикуючим лікарям необхідні певні знання і навички з організації патологоанатомічної служби.

**Мета:** засвоїти основні положення організації патологоанатомічної служби в Україні.

**Завдання.** *Знати* теоретичні положення наказу №81 МОЗ України.

*Навчитись* основних принципів організації патологоанатомічної служби у лікувально-профілактичних закладах.

*Вміти* застосовувати основні положення наказу №81 у практичній роботі лікаря.

### **Оснащення заняття**

1. Додаток Б до наказу № 81 (Положення про патологоанатомічне бюро).
2. Додаток 11 до наказу № 172 від 24.06.1998 (штатні нормативи).
3. Додаток Г до наказу № 81 (Положення про обов'язки медичного персоналу).
4. Додаток Ц до наказу № 81 (Інструкція про порядок та строки зберігання патологоанатомічних документів та матеріалів патологоанатомічного дослідження).
5. Додаток Ш до наказу № 81 (Інструкція про прийом, зберігання та видачу трупів у лікувальних закладах).

## I. ДОАУДИТОРНА ПІДГОТОВКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

### Стислий виклад теоретичних та інструктивних матеріалів

Патологічна анатомія як фундаментальна медико-біологічна наука перебуває на стику медичної теорії і практики. Основним призначенням патологоанатомічної служби є прижиттєва і посмертна діагностика хвороб, вивчення етіології, патогенезу і танатогенезу найбільш поширених недуг, контроль за якістю клінічної діагностики та ефективності лікувального процесу, а також удосконалення професійної підготовки лікарів.

### Основні методи посмертної та прижиттєвої діагностики недуг

Основними методами посмертної діагностики недуг є **макроскопічний** (автопсія) і **мікроскопічний** (некропсія), прижиттєвої – **мікроскопічний** (біопсія, цитологія) і **експеримент**. До додаткових методів належать біологічний (бактеріологічний, вірусологічний, серологічний, гематологічний, метод тканинних культур), хімічний (гістохімічний, імуногістохімічний, атомна абсорбціометрія, кількісний аналіз, якісний аналіз, біохімічний), фізичний (гістоауторадіографія, рентенографія, рентгеноструктурний аналіз, ультразвукова діагностика).

**Автопсія** (від грец. *autopsia* – бачити когось, бачити власними очима). Призначення:

– удосконалення науково-пізнавального процесу. При розтині фіксується не тільки кінцева, термінальна фаза розвитку недуги, а й встановлюється динаміка морфо-функціональних змін. Наприклад, стадії формування кардіального (мускатного, порталного, дрібновузликового) цирозу печінки або вторинного туберкульозу. На основі отриманих знань розробляються нові й удосконалюються існуючі класифікації хвороб;

– контроль за якістю роботи лікувально-профілактичного закладу. Встановлюють розбіжність або відповідність клінічного та патологоанатомічного діагнозів, причини смерті. Завдяки вивченню останніх можна спрямувати зусилля колективу на майбутнє їх усунення. Наприклад, встановлено, що у кардіологічному відділенні часто реєструють як безпосередню причину смерті набряк легень. Шляхом аналізу можна встановити причину неправильного діагнозу. Це може бути низька кваліфікація лікаря, недостатнє застосування реанімаційних



заходів або необґрунтоване використання лікарських середників тощо. Автопсія використовується для аналізу визначення ефективності застосування нових діагностичних процедур, лікарських засобів, хірургічних методів лікування;

– виявлення і попередження інфекційних захворювань, особливо карантинних;

– навчання студентів та практикуючих лікарів. Недаремно на фронтоні секційного залу Сорбонни в Парижі в XIV сторіччі було написано: “Тут є місце, де смерть навчає жити”. Саме аналіз помилок діагностики, лікування повинен бути обов’язковим для кожного лікаря. М. Пирогов зазначав: “Медичні помилки – це особливо важлива наука”. Визначення лікарської помилки дав І. Давидовський: “Це добросовісна омана лікаря, і, якщо ця омана сталася, немає кращого способу удосконалення, як вивчення своїх помилок”. Крім цього, немає кращої науки, як побачити зміни органів і систем макроскопічно. Саме завдяки автопсіям були створені прекрасні атласи з анатомії Леонардо да Вінчі, Рембрандта, М. Пирогова;

– відкриття нових захворювань, їх етіології та патоморфогенезу, наприклад, опис родинної гіпертрофічної кардіоміопатії, низки спадкових і вроджених недуг, пріонових хвороб, хронічного гастриту типу В тощо.

**Некропсія** (від грец. nekros – мертвий і opsis – дивитись) – проводять з метою підтвердження або заперечення виявлених макроскопічних проявів патологічних процесів на клітинному та субклітинному рівнях.

**Біопсія** (від грец. bios – життя і opsis – дивитись) – мікроскопічне вивчення тканин живих людей. Біопсія може бути як терміною (дослідження тканин під час операції), так і плановою для уточнення діагнозу або при профілактичних оглядах. Щоб провести термінове дослідження, використовують метод виготовлення заморожених зрізів або відбитків. Останній застосовують для цитологічних досліджень. Основне призначення біопсій – це встановлення точного прижиттєвого діагнозу. Матеріалом для біопсій служать тканини, видалені хірургічним способом, а для цитології – секрети (сеча, мокрота, слиз, виділення молочних залоз тощо), відбитки з тканин і зскрібків, а також клітини, отримані шляхом аспірації із молочної залози, печінки, лімфатичних вузлів, легень, підшлункової залози тощо.

За допомогою допоміжних методів дослідження визначаються патоморфологічні зміни на субклітинному і молекулярному рівнях. Так, електронно-мікроскопічно виявляють гістогенез низки пухлин, імуногістохімічно – гормони, рецептори, імуноглобуліни, антигени, ферменти, ядерні гени, а гістохімічно – різні класи білків, жирів, вуглеводів, метали і ферменти.

**Експеримент** у патологічній анатомії використовується досить рідко. Проте відомо, що існування деяких захворювань можна довести, використовуючи експериментальну модель. Прикладом може бути зараження морських свинок сечею хворих на туберкульоз нирок.

У наших умовах все ширше використовується гібридизація *in situ*. Суть гібридизаційної технології базується на тому, що основи нуклеїнових кислот комплементарні одні до одних в одному ланцюзі. Використання позначених проб дозволяє виявити в клітинах комплементарні нуклеїнові кислоти. Останні можуть бути частиною нативної ДНК клітини, частиною і РНК, яка несе інформацію з певних генів, або частиною генома вірусу. Таким чином, у клітині морфологічно можна виявити, де локалізується або відсутня мішень. За допомогою зазначеного методу можна встановити наявність вірусу папіломи, цитомегаловірусу, вірусу герпесу.

### **Практична діяльність патологоанатома на сучасному етапі**

На сучасному етапі розвитку медицини внаслідок широкого впровадження у лікарську практику нових гормональних препаратів, антибіотиків, хіміопрепаратів, а також через забруднення довкілля ксенобіотиками відзначають суттєві зміни в клініці, морфології і наслідках недуг, тобто патоморфоз. Він спричиняється також впровадженням у лікарську практику нових реанімаційних заходів, штучного кровообігу, апаратного дихання і трансплантації органів. Лікар став частіше зустрічатися з комбінацією декількох тяжких хвороб. Перед ним постала проблема “патології терапії”, тобто хворобливих станів, обумовлених лікарськими заходами.

Вказані зміни в медичній практиці ускладнили патологоанатому самостійне визначення патогенезу багатьох процесів, особливо танатогенезу. Для розв’язання цих проблем все частіше впроваджується практика сумісного з лікуючими лікарями обговорення виявлених

морфологічних фактів. Крім цього, в наш час широко розповсюджена вузька спеціалізація патологів. Так, патологоанатоми, які працюють в онкодиспансерах, тубдиспансерах, кардіологічних диспансерах, інфекційних лікарнях тощо, стають вузькими спеціалістами. Часто в таких закладах їх робота зводиться до трактування вузького кола захворювань. Це стосується і науково-дослідних інститутів та лабораторій, у яких такі спеціалісти виконують підсобну роботу на замовлення, формально описують виявлені морфологічні зміни і віддають іншим для аналізу та інтерпретації. Часто це трапляється в лабораторіях, де проводять експерименти, наприклад, з вивчення дії нових лікарських засобів. У таких умовах патологоанатом стає морфологом, спеціалістом з вузьким діапазоном мислення, обмеженим даними своєї методики і клінічного спрямування закладу, де він працює.

Як показує практика, більшу частину свого робочого часу патологоанатом загальної практики витрачає на прижиттєву діагностику недуг. Але, використовуючи такі форми біопсії, як пункційну, аспіраційну, трепанобіопсію тощо, а також цитологічний, хімічний та фізичний методи, патологоанатом контролює перебіг лікувального процесу і динаміку захворювання в цілому. До його послуг у наш час звертаються хірурги, онкологи, гастроентерологи, нефропатологи, кардіологи. Саме вивчення біопсії нирок, печінки, шкіри дозволило розширити уявлення про патогенез гломерулопатій, вірусних гепатитів, ревматичних хвороб, визначити їх клініко-морфологічні форми.

Сьогодні патологоанатом не обмежується лише констатацією патологічного процесу, а все частіше дає визначення його стадій, прогнози. Якщо раніше досить було діагностувати наявність раку або саркоми, то тепер такий діагноз є неповним. Від патологоанатома вимагають чітко диференціювати гістологічну належність пухлини, ступінь зрілості, адже від цього залежить характер лікарських заходів. Саме це зумовило широке впровадження гістохімічних, електронномікроскопічних, морфометричних, імунологічних морфологічних досліджень.

Все частіше для інтерпретації біопсій використовують клініко-лабораторні дані, тому що було б неправильно, широко застосовуючи додаткові методи, давати оцінку патологічному процесу лише за даними морфології. Адже, відомо, що інколи біопсію беруть не в типовому місці, а отже, морфологічний діагноз може не збігатися з клінічним.

У такому разі в обговоренні результатів беруть участь клініцисти – зацікавлені і рівноправні учасники діагностичного процесу.

## **1. Вивчити зміст додатка Б до наказу № 81 МОЗ України.**

### **П О Л О Ж Е Н Н Я про патологоанатомічне бюро**

Зміст додатка Б до наказу № 81 МОЗ України

*1. Патологоанатомічні бюро є закладами охорони здоров'я і підпорядковуються відповідному органу охорони здоров'я.*

*1.1. Патологоанатомічні бюро створюються в області, місті на базі існуючих централізованих патологоанатомічних відділень, що мають кваліфіковані кадри та необхідну матеріальну базу.*

*1.2. Патологоанатомічні бюро мають у своєму розпорядженні приміщення з відповідною територією, медичним обладнанням та апаратурою, транспортними засобами, господарським інвентарем та іншим майном.*

*Примітка. Прозекторські, в яких проводиться патологоанатомічне дослідження трупів спеціалістами бюро на місцях, залишаються на бюджеті відповідальних лікарень; підтримка їх у належному стані забезпечується головними лікарями.*

*2. Патологоанатомічні бюро знаходяться на бюджеті відповідального органу охорони здоров'я.*

*3. Штати медичного та іншого персоналу патологоанатомічного бюро устанавлюються згідно з відповідними наказами.*

*4. Основна діяльність патологоанатомічного бюро спрямовується на подальше удосконалення лікувально-профілактичної допомоги населенню шляхом покращання прижиттєвої діагностики захворювань, уточнення причин смерті, забезпечення достовірних даних державної статистики причин смерті, підвищення кваліфікації лікарів та здійснення аналізу недоліків діагностики та лікування. Патологоанатомічне бюро використовує методи інтенсифікації та раціональної організації праці.*

*Здійснює уніфікацію досліджень у секційному та біопсійному розділах роботи з метою скорочення строків патологоанатомічних досліджень та підвищення їх якості.*

*5. Основними функціями патологоанатомічного бюро є:*

*5.1. Уточнення діагностики захворювань на секційному, операційному матеріалі шляхом проведення макро- та мікроскопічного, а при необхідності – бактеріологічного, вірусологічного, серологічного досліджень.*

5.2. Встановлення причин та механізмів смерті хворого.

5.3. Аналіз якості діагностичної та лікувальної роботи разом з лікарями шляхом співпорівняння клінічних та патологоанатомічних даних та діагнозів з обов'язковим обговоренням результатів у лікарських колективах лікарень, а також у відповідних органах охорони здоров'я.

5.4. Підготовка та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій та ЛКК у лікувально-профілактичних установах.

5.5. Термінове повідомлення у встановленому порядку органів охорони здоров'я про виявлені випадки гострозаразних, в тому числі особливо небезпечних захворювань.

6. Патологоанатомічні бюро є базами підготовки лікарів-патологоанатомів через інтернатуру.

7. Патологоанатомічні бюро, що є республіканськими (обласними, міськими) організаційно-методичними центрами патологоанатомічної служби, виконують такі функції:

7.1. Створюють організаційно-методичну та консультативну допомогу патологоанатомічним бюро, відділенням в Україні.

7.2. Розробляють пропозиції для відповідного органу охорони здоров'я з удосконалення патологоанатомічної служби, підвищення кваліфікації лікарів-патологоанатомів та лаборантів.

7.3. Вивчають потреби патологоанатомічної служби республіки в кадрах, обладнанні, реактивах.

7.4. Узагальнюють та поширюють передовий досвід роботи.

7.5. Проводять апробацію та впроваджують сучасні методи патологоанатомічних досліджень.

7.6. Готують та проводять наради, конференції патологоанатомів.

7.7. Здійснюють контроль за систематичним підвищенням кваліфікації лікарів-патологоанатомів на кафедрах інститутів удосконалення лікарів, на базі патологоанатомічних бюро, лабораторій (відділів), науково-дослідних інститутів.

8. Патологоанатомічні бюро можуть мати такі структурні підрозділи (залежно від профілю лікувально-профілактичних установ та обсягу роботи):

1) відділення загальної патології з гістологічною лабораторією;

2) відділення дитячої патології з гістологічною лабораторією;

3) відділення інфекційної патології з гістологічною та вірусологічною лабораторіями;

4) відділення біопсійних досліджень з лабораторією електронної мікроскопії;

5) організаційно-консультативне відділення-архів;

- б) адміністративно-господарську частину;*
- 7) господарсько-розрахункове відділення по здійсненню ритуальних послуг населенню.*

*9. Склад і площа відділень патологоанатомічного бюро, їх приміщення повинні відповідати будівельним та санітарним нормам і правилам, а також іншим вимогам та правилам для вказаних приміщень.*

*Патологоанатомічні бюро можуть мати міські, районні, міжрайонні відділення, які створюються на базі міських, центральних районних, районних лікарень з урахуванням місцевих умов: віддаленості від бюро, наявності кваліфікованих кадрів та достатнього обсягу патологоанатомічних досліджень.*

*10. Керівництво діяльністю патологоанатомічного бюро здійснюється одноособово начальником бюро, на посаду якого призначається висококваліфікований лікар-патологоанатом, що має досвід керівної роботи.*

*11. Патологоанатомічні бюро в адміністративно-господарському відношенні підпорядковані:*

*11.1. Республіканське патологоанатомічне бюро – Міністерству охорони здоров'я України.*

*11.2. Обласне патологоанатомічне бюро – відділу (управлінню) охорони здоров'я облвиконкому.*

*11.3. Міське патологоанатомічне бюро – відділу (управлінню) охорони здоров'я міськвиконкому.*

*12. Патологоанатомічні бюро користуються правами юридичної особи, мають відповідні печатки.*

*13. Патологоанатомічні бюро ведуть документацію та подають звіти за формою і в термін, затверджений Міністерством охорони здоров'я України.*

*14. Патологоанатомічні бюро відповідно до діючих положень можуть бути навчальними базами медичних інститутів, інституту удосконалення лікарів.*

*15. З метою підвищення кваліфікації лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань загальної та патологічної анатомії людини, а також для навчальної та наукової роботи в кожному патологоанатомічному бюро організовується музей макроскопічних та мікроскопічних препаратів та за технічними умовами – фототека, фільмотека, відеотека.*

*В музей підбираються демонстративні матеріали, що відображають найважливіші, а також рідкісні патологічні процеси та захворювання.*

*Матеріали музею, фототеки, фільмотеки, відеотеки реєструються на спеціальних етикетках музейного препарату та в книзі обліку музейних препаратів.*

## **2. Вивчити зміст додатка 11 до наказу № 172 МОЗ України від 24.06.1998**

Зміст додатка 11 до наказу № 172 МОЗ України від 24.06.1998

### **ШТАТНІ НОРМАТИВИ медичного персоналу патологоанатомічних бюро (центрів) та патологоанатомічних відділень лікувально-профілактичних закладів**

#### *1. Лікарський персонал*

*1.1. Посади лікарів-патологоанатомів патологоанатомічних бюро, які обслуговують лікувально-профілактичні заклади, розташовані в обласному центрі; районних патологоанатомічних відділень з обслуговуванням лікувально-профілактичних закладів тільки даного району устанавлюються з розрахунку 1 посада на:*

*200 розтинів померлих у віці 15 років і старших, або*

*160 розтинів померлих та мертвнонароджених дітей, плодів, або*

*4000 досліджень біопсійного та операційного матеріалу.*

*1.2. Посади лікарів-патологоанатомів обласних (міських) патологоанатомічних бюро (центрів), централізованих міжрайонних патологоанатомічних відділень, які обслуговують лікувально-профілактичні заклади обласних центрів та прикріплених районів області, патологоанатомічних відділень (прозекторських) лікарень устанавлюються з розрахунку 1 посада на:*

*150 розтинів померлих у віці 15 років і старших, або*

*100 розтинів померлих і мертвнонароджених дітей, плодів, або*

*2000 досліджень біопсійного та операційного матеріалу.*

*1.3. Посада завідуючого патологоанатомічним відділенням устанавлюється за наявності у штаті відділення не менше однієї посади лікаря-патологоанатома.*

*Завідуючий патологоанатомічним відділенням виконує роботу лікаря-патологоанатома:*

*– за наявності у штаті структурного підрозділу 1-5 посад лікарів-патологоанатомів – в обсязі не менше 100 % нормативного навантаження;*

*– за наявності у штаті структурного підрозділу 6-9 лікарів-патологоанатомів – в обсязі не менше 75 % нормативного навантаження;*

*– за наявності у штаті структурного підрозділу 10-14 посад лікарів-патологоанатомів – в обсязі не менше 50 % нормативного навантаження;*

*– за наявності у штаті структурного підрозділу 15 посад та більше лікарів-патологоанатомів – виконує тільки особливо складні дослідження.*

1.4. Посада завідуючого організаційно-методичним відділом вводить-ся у кожному обласному патологоанатомічному бюро.

1.5. Посада лікаря-патологоанатома організаційно-методичного відділу обласного патологоанатомічного бюро устанавлюється за наявності 60 лікарських посад, враховуючи посади завідуючих.

## 2. Середній медичний персонал

2.1. Посади лаборантів устанавлюються з розрахунку 1,5 посади на кожен посаду лікаря-патологоанатома, встановлену згідно з п.п. 1.1, 1.2.

2.2. Посади фельдшерів-лаборантів можуть устанавлюватися у межах посад лаборантів, передбачених у п. 2.1, у співвідношенні з лаборантами 2:1.

2.3. У кожному патологоанатомічному бюро вводить-ся 1 посада старшого лаборанта бюро.

2.4. У кожному структурному підрозділі за наявності у штаті не менше 5 посад лаборантів (фельдшерів-лаборантів) замість посади лаборанта устанавлюється посада старшого лаборанта лабораторії (відділення), який виконує роботу в обсязі 75 % нормативного навантаження.

2.5. За потреби посади фельдшера-лаборанта, лаборанта патологоанатомічної лабораторії (відділення) можуть бути замінені на посади медичних реєстраторів, медичних статистиків, фотографів.

2.6. Посада медичного реєстратора вводить-ся з розрахунку на кожні 10 посад лікарів-патологоанатомів, враховуючи посаду завідуючого.

2.7. Для забезпечення безперервності морфологічної діагностики, у разі потреби, за рішенням органу охорони здоров'я у патологоанатомічних бюро (центрах) та патологоанатомічних відділеннях може вводити-ся 1 цілодобовий пост лаборантів (фельдшерів-лаборантів).

## 3. Молодший медичний персонал

3.1. Посади молодших медичних сестер устанавлюються з розрахунку 0,7 посади на кожен посаду лікаря-патологоанатома, але не менше 1 посади на відділення (бюро).

3.2. За рішенням органу охорони здоров'я у патологоанатомічних відділеннях у разі потреби прийому померлих протягом доби з інших лікувально-профілактичних закладів додатково встановлюється цілодобовий пост молодших медичних сестер для забезпечення цієї роботи у вечірній і нічний час, у вихідні і святкові дні.

### Примітка:

У разі необхідності організації патологоанатомічного відділення у лікарні, вводить-ся не менше 0,5 посади патологоанатома, 0,75 посади лаборанта і 0,5 посади молодшої медичної сестри.



### **3. Вивчити зміст додатка Г до наказу № 81 МОЗ України**

Зміст додатка Г до наказу № 81 МОЗ України

#### **ПОЛОЖЕННЯ**

**про посадові обов'язки медичного персоналу патологоанатомічного бюро та централізованого патологоанатомічного відділення лікувально-профілактичного закладу**

*1. Завідуючий відділенням патологоанатомічного бюро (централізованим патологоанатомічним відділенням) організовує та забезпечує роботу відділення, складає план роботи відділення з розподілом обов'язків між співробітниками.*

*Організовує та контролює доставку у відділення біопсійного матеріалу та висновків за результатами їх дослідження в прикріплені лікувально-профілактичні заклади.*

*Організовує та контролює виїзди медичного персоналу в лікувально-профілактичні заклади адміністративної території для проведення патологоанатомічних розтинів, термінових біопсій, консультації складних випадків та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій.*

*Доповідає керівнику лікувально-профілактичного закладу, начальнику патологоанатомічного бюро про кожний випадок виявлення під час розтину грубих лікарських помилок та недоліків у роботі.*

*Забезпечує проведення бактеріологічних, вірусологічних, серологічних досліджень в усіх випадках підозри на інфекційне захворювання. У разі виявлення інфекційних захворювань у померлих дітей, що можуть стати причиною розвитку внутрішньолікарняної інфекції, доповідає про це керівнику відповідного лікувального закладу.*

*У випадку виявлення інфекційного захворювання у новонароджених, мертвонароджених доповідає головному лікареві відповідного пологового будинку.*

*Складає та направляє повідомлення (ф. № 058у) в територіальну СЕС при нерозпізнаних та карантинних захворюваннях, гострих дитячих інфекційних захворюваннях, внутрішньолікарняних та внутрішньоутробних інфекціях, випадках харчових та гострих професійних отруєнь.*

*Забезпечує своєчасне та правильне складання лікарських свідоцтв про смерть та видачу їх родичам (передачу у встановленому порядку в окремих випадках свідоцтв ЗАГСу), направлення повторних свідоцтв у статистичні органи.*

*Відбирає випадки, які підлягають розбору на клініко-патологоанатомічних конференціях; разом із заступником головного лікаря з медичної*

частини бере участь в організації та проведенні клініко-патологоанатомічних конференцій (консультації доповідачів, попередній перегляд всіх анатомічних та гістологічних препаратів, що підлягають демонстрації, діапозитивів тощо).

Проводить щорічний аналіз роботи відділення та подає керівництву лікувально-профілактичного закладу.

Контролює правильність ведення медичної документації, затвердженої МОЗ України.

Керує роботою по складанню та постійному поповненню колекції мікропрепаратів, фототеки та відеотеки.

Організовує та проводить конференції патологоанатомів відділення з обговоренням доповідей та демонстрацією поточних матеріалів.

Консультує лікарів з питань доцільності взяття біопсії, особливо термінових, під час операції.

Бере участь у наукових конференціях лікувально-профілактичного закладу, а також у засіданнях міського (обласного) товариства патологоанатомів та інших науково-практичних конференціях.

Організовує підвищення кваліфікації лікарів та лаборантів відділення. З цією метою:

організовує та проводить тематичні заняття, в тому числі з дослідження біопсійного матеріалу, з патологоанатомічної діагностики та причин смерті;

допомагає лікарям та лаборантам в оволодінні новими гістологічними та гістохімічними методиками та іншими методами дослідження, а також в освоєнні нової апаратури;

організовує демонстративні розтини з клініко-патологоанатомічним розбором їх результатів.

Забезпечує готовність роботи для проведення розтинів у померлих від особливо небезпечних інфекційних захворювань.

Відповідає за своєчасне подання заявок на матеріали, реактиви, обладнання, контролює їх витрати та використання.

Несе відповідальність за додержання співробітниками відділення правил техніки безпеки, протипожежної безпеки, збереження отруйних, легкозаймистих та дорогоцінних матеріалів, санітарно-гігієнічного стану відділення.

Повідомляє головного лікаря у випадку необхідності передачі трупа на судово-медичну експертизу та контролює цю передачу.

2. Лікар відділення патологоанатомічного бюро (централізованого патологоанатомічного відділення) проводить розтин трупів та гістологічне дослідження секційного матеріалу (для відділень педіатричного

*профілю – розтин трупів дітей, новонароджених, мертвонароджених та дослідження послідів).*

*При показаннях проводить забір матеріалу для спеціальних досліджень: мікробіологічних, вірусологічних, серологічних, цитологічних, біохімічних.*

*У разі необхідності проводить термінове мікроскопічне дослідження секційного матеріалу та інші допоміжні дослідження.*

*Забезпечує мікроскопічне дослідження секційного, операційного матеріалів та інші допоміжні дослідження;*

*Забезпечує мікроскопічне дослідження секційного, операційного та біопсійного матеріалів відповідно до затверджених МОЗ України інструктивно-методичних вказівок для лікарів педіатричних централізованих патологоанатомічних відділень, відповідно до інструкції для патологоанатомів педіатричного профілю.*

*Залишає макропрепарати для фотографування, демонстрації на клініко-анатомічних конференціях чи для виготовлення музейних препаратів, роблячи при цьому відповідний запис в протоколі (карті) патологоанатомічного дослідження (ф. № 013у).*

*У ході розтину та після нього дає необхідні пояснення присутнім лікарям та ставить патологоанатомічний діагноз, клініко-патологоанатомічний епікриз та висновок про причини смерті.*

*Забезпечує оформлення протоколу патологоанатомічного дослідження та медичної карти стаціонарного хворого відразу після закінчення розтину і записує в них патологоанатомічний діагноз, висновок про причину смерті хворого та діагноз, вказаний у лікарському свідоцтві про смерть.*

*Складає розширений клініко-патологоанатомічний епікриз, де обґрунтовує патологоанатомічний діагноз, відмічає збіг чи розходження його з клінічним діагнозом, в останньому випадку вказує причину розходження; для перинатальних розтинів обґрунтовує зв'язок хвороби плода (новонародженого) з патологією пологів, вагітністю матері.*

*Відзначає виявлені недоліки в діагностиці, лікуванні, обстеженні померлого хворого та веденні медичної карти стаціонарного хворого чи іншої медичної документації, своїм підписом підтверджує правильність заповнення протоколу розтину.*

*Заповнює лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106у) та перинатальну смерть.*

*При зверненні веде розмову з родичами померлого, роз'яснює їм характер захворювання, що призвело хворого до смерті.*

*Доповідає начальнику бюро, завідувачу патологоанатомічним відділенням про результати розтину та про виявлення недоліків організаційних, діагностичних та лікувальних заходів.*

*Проводить разом з лаборантом вирізання секційного матеріалу, дає вказівки лаборантові про способи його обробки, методики фарбування, про кількість гістологічних препаратів.*

*Контролює якість та строки виконання лаборантом заданої роботи, надає йому методичну допомогу.*

*Проводить мікроскопічне дослідження гістологічних препаратів, проводить аналіз результатів допоміжних досліджень (бактеріологічних, вірусологічних тощо) та вносить відповідні записи в протокол (карту) патологоанатомічного дослідження (ф. № 103у).*

*У випадку зміни патологоанатомічного діагнозу після гістологічного чи іншого виду досліджень проводить додатковий запис у протоколі патологоанатомічного дослідження та медичній карті стаціонарного хворого, вказуючи останній патологоанатомічний діагноз та одночасно направляє в статистичні органи нове свідоцтво про смерть з відміткою “замість попереднього” (не пізніше ніж через два тижні після видачі попереднього свідоцтва про смерть).*

*Коли ж свідоцтво про смерть було видане, заповнюється нове свідоцтво про смерть з написом, зробленим від руки, “замість кінцевого”.*

*У неясних випадках – консультації з іншими лікарями відділення та завідуючим відділенням.*

*Проводить разом з лаборантом макроскопічний опис надісланих з клінічних відділень органів та тканин та вирізає шматочки для гістологічного дослідження, дає вказівки лаборантові про способи фіксації, обробки, методику фарбування та необхідну кількість мікропрепаратів.*

*Проводить мікроскопічне дослідження біопсійних препаратів, описує гістологічну картину процесу та вносить патологоанатомічний діагноз в “направлення на патологоанатомічне дослідження” (ф. № 014у).*

*У разі виявлення злоякісних новоутворень, специфічних інфекційних захворювань, що потребують хірургічного втручання, проведення променевої або цитостатичної терапії, висновок підписує завідуючий відділенням.*

*При підготовці клініко-патологоанатомічних конференцій знайомиться з літературою з обговорюваного випадку, готує демонстраційний матеріал (діапозитиви, макро- та мікропрепарати), складає письмовий текст або план доповіді, подає всі підготовлені матеріали завідуючому відділенням та консультується з ним, а в необхідних випадках проводить попереднє обговорення матеріалів на конференції лікарів відділення, бюро, робить повідомлення на клініко-анатомічній конференції та бере участь в обговоренні.*

*Бере участь у виробничих, навчальних, організаційних та методичних заходах, що проводяться в патологоанатомічному відділенні.*

*Виконує виробничі доручення завідуючого відділенням.*

*Доповідає завідуючому відділенням про всі недоліки в роботі.*

*Відбирає і проводить фотографування макро- та мікропрепаратів для музею, складає анотації та веде картотеку.*

*3. Лаборант та фельдшер-лаборант відділення патологоанатомічного бюро і централізованого патологоанатомічного відділення зобов'язані в секційному розділі роботи:*

*– допомагати лікареві в оформленні документації, пов'язаної з розтином трупа;*

*– готувати необхідні фіксатори;*

*– у ході розтину або безпосередньо після його закінчення фіксувати та фарбувати мазки та відбитки для бактеріоскопії;*

*– допомагати лікареві в процесі взяття матеріалу для бактеріологічного, вірусологічного, біохімічного та інших досліджень;*

*– оформляти направлення та відправку матеріалу у відповідні лабораторії;*

*– стежити за фіксацією взятого для мікроскопії секційного матеріалу;*

*– брати участь разом з лікарем у вирізанні фіксованого матеріалу, маркірувати його та сортувати вирізані шматочки, реєструвати в робочому зошиті кількість шматочків з приміткою про органи та тканини, кількість зрізів, методи фарбування;*

*– проводити заливку вирізаних шматочків у парафіні, целоїдин-желатині та інших середовищах;*

*– готувати та маркірувати блоки, наклеюючи їх на колодки;*

*– проводити гостріння та правку мікротомних ножів;*

*– проводити різання матеріалу на мікротомах усіх видів;*

*– вміщувати целоїдинові блоки, що залишилися після різки, у відповідні консерванти, слідкувати за їх збереженням в архіві протягом необхідного строку, вказаного лікарем;*

*– проводити фарбування зрізів та готувати мікропрепарати;*

*– під безпосереднім керівництвом лікаря-патологоанатома готувати музейні мікропрепарати, фіксуючі суміші, здійснювати фіксацію, відновлювати забарвлення, робити монтаж препарату та поміщати його в середовище.*

*При обробці біопсійного матеріалу:*

*– приймати у санітарів доставлений на дослідження з клінічних відділень матеріал, перевіряти відповідність матеріалу записам у направленні, якість фіксації, розписуватись в одержанні матеріалу;*

– записувати в журналі реєстрації матеріалів та документів у гістологічному відділенні всі об'єкти, що надійшли на дослідження, з занесенням у нього даних, які є в направленні (ф. № 190у);

– готувати бланк-направлення під диктовку лікаря;

– маркірувати вирізані шматочки, реєструвати їх кількість та методи подальшої гістологічної обробки;

– готувати фіксатори, розчини та барвники;

– проводити гістологічну обробку та готувати мікропрепарати;

– вписувати в журнал (ф. № 190у) результати макроскопічного та гістологічного досліджень, патологоанатомічний діагноз, прізвище лікаря, що проводив дослідження, та дату дослідження (або підшиває копію бланка);

– видавати результати дослідження у відповідні клінічні відділення лікувальної установи (під розписку старшої медсестри), приймати та реєструвати в окремому журналі всі термінові біопсії;

– здійснювати виготовлення гістологічних препаратів при інтраопераційних біопсіях (терміново);

– по закінченні дослідження всі біопсійні матеріали (фіксовані тканини та органи, блоки, мікропрепарати) здавати до архіву та нести відповідальність за порядок їх зберігання;

– готувати мікропрепарати для колекції;

– оформляти видачу мікропрепаратів з архіву відділення по запитах в інші лікарні установи та контролювати їх своєчасне повернення;

– здійснювати догляд за приладами та апаратурою;

– стежити за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму в приміщеннях відділення;

– щомісяця звітуватися про проведену роботу (кількість блоків, зрізів, додаткових методик фарбування та ін.) перед завідуючим відділенням.

4. Санітар патологоанатомічного бюро, централізованого патологоанатомічного відділення зобов'язаний приймати доставлені в патологоанатомічне бюро (відділення) маркіровані трупи померлих з клінічних відділень та прикріплених лікарняних закладів;

– забезпечувати збереження трупа протягом його перебування в патологоанатомічному відділенні;

– проводити вимірювання зросту та ваги померлого;

– здійснювати необхідне транспортування трупів всередині патологоанатомічного бюро (відділення), а при наявності спеціального автотранспорту брати участь в доставці трупів з прикріплених лікарень;

– готувати приміщення, одяг, інструмент, посуд та інше для виконання розтину та взяття матеріалу для мікроскопічного дослідження;

– доставляти матеріал, взятий під час розтину, в спеціальні лабораторії за вказівкою лікаря-патологоанатома;

– під час розтину постійно знаходиться в секційній та допомагати лікареві;

– під контролем лікаря в процесі розтину проводити розпилювання кісток черепа, при необхідності – хребетного стовпця та інших кісток, зважувати органи;

– після закінчення розтину здійснювати туалет трупа та доставляти його в трупосховище;

– перед видачею трупа перевіряти маркіровку;

– одягати покійника, вкладати тіло в труну та видавати родичам;

– проводити реєстрацію прийому та видачі трупа в спеціальній книзі за встановленою формою з обов'язковою відміткою про наявність зубних протезів та виробів з дорогоцінних матеріалів;

– кожного дня після закінчення розтинів проводити вологе прибирання секційного залу, передсекційної, траурного залу, трупосховища, фіксаційних. Після розтину трупа померлого від інфекційних захворювань проводити дезінфекцію приміщення секційної, дрібного інвентаря та устаткування;

– систематично слідкувати за справністю інструменту та устаткування секційної, здійснювати гостріння інструменту;

– за розпорядженням завідуючого відділенням або старшого лаборанта виконувати різноманітні допоміжні роботи: мити забруднений посуд, змивати мікропрепарати, переносити та встановлювати балони та інші важкі предмети;

– виконувати роль кур'єра, заготовляти колодки для блоків тощо;

– чергувати в патологоанатомічному бюро (відділенні) за встановленим графіком, під час чергувань видавати оформлене за встановленим зразком свідоцтво про смерть родичам чи співробітникам покійного.

*Примітка.* Прибирання інших приміщень у відділенні, що не належать до секційного блоку, виконують санітари, які не займаються розтином трупів (прибиральниці). Вони ж здійснюють змив мікропрепаратів, миття забрудненого посуду, очистку блоків, передачу оформлених карт стаціонарного хворого в архів та інші необхідні роботи (за розпорядженнями завідуючого відділенням, лікарів-патологоанатомів та лаборантів). Решта видів обслуговування, пов'язаних з бальзамуванням та похованням покійного, здійснюється через похоронне бюро.

#### **4. Вивчити зміст додатка Ц до наказу № 81 МОЗ України.**

Зміст додатка Ц до наказу № 81 МОЗ України

### **І Н С Т Р У К Ц І Я**

#### **про порядок та строки зберігання патологоанатомічних документів та матеріалів патологоанатомічного дослідження**

*Протоколи патологоанатомічних досліджень та книги реєстрації патологоанатомічних досліджень підлягають постійному збереженню.*

*Книга обліку роботи лаборантів з секційним матеріалом знищується в кінці року після закінчення обробки всіх зареєстрованих в ній досліджень.*

*Направлення на патологоанатомічні дослідження зберігаються один рік.*

*Книга обліку спирту зберігається три роки.*

*Копії висновків гістологічного дослідження біопсійного та операційного матеріалів, книги реєстрації біопсійного та операційного матеріалів підлягають постійному збереженню. Копії протоколів патологоанатомічного дослідження біопсійного та операційного матеріалів, мікропрепарати, блоки та макропрепарати видаються в інші заклади тільки за письмовим запитом закладу та з дозволу начальника патологоанатомічного бюро, завідуючого патологоанатомічним відділом, в якому проводилась автопсія чи гістологічне дослідження. Після вивчення всі матеріали підлягають поверненню.*

*Гістологічні препарати біопсійного та операційного матеріалів, що відносяться до онкології, а також до рідкісних захворювань, які становлять науково-практичний інтерес, підлягають постійному зберіганню; ті ж, що відносяться до поширених захворювань (апендицит, кіла, хронічний тонзиліт та інші неспецифічні запальні та гіперпластичні процеси, а також з відсутністю патології), зберігаються протягом одного року.*

*Блоки та матеріал після закінчення дослідження знищуються. Виняток становлять матеріали, що відносяться до досліджень, при яких встановлена злоякісна пухлина чи виникла підозра про її можливість, а також при всіх неясних випадках. Цей матеріал рекомендується зберігати постійно.*

*Секційні гістологічні препарати, що документують патологічні процеси, виявлені при розтині померлих, підлягають збереженню протягом року.*

*Після закінчення гістологічного дослідження всі органи та тканини, якщо вони не потрібні для демонстрації на клініко-патологоанатомічних конференціях, для музею та не мають наукової цінності, а також блоки можуть бути знищені за вказівкою лікаря, що проводив дослідження.*



*Гістологічні препарати секційного, біопсійного та операційного матеріалів слід зберігати в картотечних ящиках, не допускаючи їх склеювання, або в паперових конвертах (на 3-5 препаратів), складеними в коробки.*

*Парафінові блоки разом з бірками бажано зберігати в герметизованих поліетиленових пакетах. Целоїдинові блоки, замотані в марлю разом з біркою, слід зберігати в банках з 70 % розчином етилового спирту. На бірці вказуються номер та рік дослідження.*

*Макропрепарати та шматочки з них слід зберігати в банках (баках) з 5 % розчином формаліну. На банках (баках) мають бути етикетки із зазначенням року та номера біопсії чи розтину, що зберігається в ній. Кожний об'єкт замотується в марлю з клейонки з проставленим простим олівцем номером дослідження.*

*Рідини, в яких зберігається матеріал, слід періодично доливати, не допускаючи його висихання.*

*Секційний, біопсійний та операційний матеріали, що не підлягають зберіганню в архіві, після закінчення дослідження знищуються шляхом поховання або кремації. Для цього адміністрація лікувального закладу, патологоанатомічного бюро укладає договір з похоронним бюро даного населеного пункту про сплату послуг.*

## **5. Вивчити зміст додатка Ш до наказу № 81 МОЗ України.**

Зміст додатка Ш до наказу № 81 МОЗ України

### **І Н С Т Р У К Ц І Я**

#### **про прийом, зберігання та видачу трупів у лікувальних закладах**

*Трупи осіб, що померли у відділеннях лікувальних установ, направляються в патологоанатомічне бюро (відділення) зі спеціальною біркою, що прикріплена до трупа, в якій вказується: прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, назва відділення та лікувального закладу, звідки направляється труп, основний клінічний діагноз.*

*Лікарняні свідоцтва про смерть для пред'явлення у відділ запису актів громадянського стану видаються в день розтину та підписуються лікарем, що виконував розтин.*

*У тих випадках, коли розтин не проводився, свідоцтво про смерть видається лікарем, який лікував хворого.*

*Як правило, труп у патологоанатомічному бюро (відділенні) не повинен залишатися більше трьох діб після настання смерті.*

*Трупи видаються:*

*а) родичам чи близьким покійного;*

*б) підприємствам чи особам, уповноваженим громадськими організаціями, що взяли на себе обов'язки поховати померлого.*

*Після закінчення трьох днів з моменту настання смерті трупи, не взяті для поховання родичами або організаціями, ховаються за рахунок лікарні через похоронне бюро або передаються для учбових цілей, якщо труп не підлягає спеціальному захороненню.*

*Порядок видачі родичам трупів осіб, що померли від інфекційних захворювань:*

*1. Список інфекційних захворювань, при яких трупи не видаються родичам та близьким, а поховання проводиться спеціальними командами: віспа справжня, сип, холера, чума, лихоманка Марбурга, лихоманка Ласса, антракс (сибірка).*

*2. Список інфекційних захворювань, при яких трупи видаються родичам та близьким для поховання під розписку із зобов'язанням, що труна не буде відкриватися та без права завозу трупа додому або в інші приміщення: черевний тиф та паратиф, вірусний гепатит, геморагічна лихоманка, дизентерія, жовта лихоманка, іктеро-геморагічний лептоспіроз групи А (хвороба Васильєва-Вейля), кір (при наявності вдома дітей), легіонельоз, менінгококова інфекція, орнітоз (пситакоз), скарлатина (при наявності вдома дітей), ВІЛ, висипний тиф (вошивий, кліщовий, щурячий), ящура, дифтерія.*

*Померлих від захворювань, вказаних в п.1, категорично забороняється перевозити будь-яким видом транспорту для поховання в інші населені пункти. Як виняток дозволяється в окремих випадках смерті від інфекції, що виникли спорадично, зазначених в п. 2, за домовленістю із спеціалістами санітарно-протиепідемічної служби та при дотриманні правил транспортування (в запаяній домовині).*

*Трупи видаються з патологоанатомічного бюро (відділення) під розписку в спеціальній книзі з вказівкою про пред'явлені документи та відміткою про місце поховання.*

## **II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

1. Завдання патологоанатомічної служби.
2. Методи, котрими користується практична патологічна анатомія.
3. Організація роботи і документація патологоанатомічного відділення (бюро).

4. Завдання та функції патологоанатомічного бюро.
5. Організація патологоанатомічного бюро.
6. Штати, посадові обов'язки медичного персоналу патологоанатомічного бюро та централізованого патологоанатомічного відділення.
7. Деонтологічні аспекти патологоанатомічної практики.

### **III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ**

#### **1. Ознайомлення із роботою підрозділів патологоанатомічного бюро.**

#### **2. Дати відповіді на ситуаційні завдання.**

1. У штаті патологоанатомічного відділення числиться один лікар-патологоанатом. Чи може бути установлена посада завідуючого відділенням?
2. У штаті патологоанатомічного відділення наявні 4 посади лікарів. У якому обов'язку нормативного навантаження лікаря-патологоанатома виконує роботу завідуючий відділенням?
3. У штаті патологоанатомічного відділення числиться 5 лікарів-патологоанатомів. Вкажіть можливу кількість посад лаборантів.
4. У штаті патологоанатомічного відділення числиться 10 лаборантів. Який обсяг роботи нормативного навантаження лаборанта виконує старший лаборант лабораторії?
5. У штаті патологоанатомічного відділення числиться 8 посад лікарів-патологоанатомів. Начальник бюро ввів посаду медичного реєстратора. Наскільки вірні його дії?
6. У місті функціонує обласне патологоанатомічне бюро. Чи може воно бути базою підготовки лікарів-патологоанатомів через інтернатуру?
7. У місті функціонує обласне патологоанатомічне бюро. Якому відділу охорони здоров'я підпорядковане воно в адміністративно-господарському відношенні?
8. У патологоанатомічному бюро створено музей. Як реєструються музейні препарати?
9. У структурі лікарні функціонує централізоване патологоанатомічне відділення. Хто несе відповідальність за його матеріально-технічне укомплектування?

10. У тубдиспансері, який прикріплений до централізованого патологоанатомічного відділення, необхідно провести термінове дослідження біопсійного матеріалу. Хто зобов'язаний забезпечити необхідні умови для його проведення?
11. В інфекційній лікарні, яка прикріплена до централізованого патологоанатомічного відділення, помер хворий. Хто встановлює порядок видачі лікарських свідоцтв про смерть?
12. У ендокринологічному диспансері створено патологоанатомічне відділення. Кому подає відомості про свою діяльність завідуючий?
13. Під час розтину виявлено грубі лікарські помилки. Хто повідомляє про них керівнику лікувально-профілактичного закладу?
14. У мертвонародженого під час розтину виявлено інфекційне захворювання. Кому повідомляють про його наявність?
15. Під час розтину виявлено гостре професійне отруєння. Яка тактика завідуючого відділенням патологоанатомічного бюро?
16. У відділення патологоанатомічного бюро поступило нове обладнання. Хто повинен допомогти лаборантам в його освоєнні?
17. У місті виявлено випадки захворюваності на холеру. Хто забезпечує готовність патологоанатомічного відділення для проведення розтинів померлих від особливо небезпечних інфекційних захворювань?
18. У патогістологічну лабораторію поступив для дослідження оперативно видалений жовчний міхур. Хто повинен зробити макроскопічний опис і вирізати шматочки?
19. При гістологічному дослідженні тканини шийки матки виявлено сифіліс. Хто повинен підписати висновок?
20. Із республіканського онкологічного центру поступив запит стосовно перегляду мікропрепаратів біопсії, яка була досліджена у централізованому патологоанатомічному відділенні лікарні рік тому. Хто оформляє їх видачу та контролює своєчасність повернення?
21. При видачі тіла покійника із моргу встановлено відсутність зубних протезів. Як проводиться видача трупа при наявності виробів з дорогоцінних матеріалів?

22. Під час роботи у патологоанатомічній лабораторії виникла необхідність поповнення колодок для блоків. Хто забезпечує їх заготовку?
23. Ревізійна комісія встановила факт порушення витрат фінансів на придбання реактивів. Хто несе відповідальність за доцільність фінансових витрат?
24. Проведено розтин трупа особи, яка померла від сибірки. Вкажіть порядок дезінфекції приміщення, де проведено розтин.
25. Проведено розтин трупа особи, яка померла від скарлатини. Вкажіть порядок видачі тіла родичам.
26. Хворий помер від черевного тифу. Вкажіть вимоги стосовно поховання тіла.
27. Хворий помер від холери. Вкажіть порядок укладання тіла в труну.
28. Після розтину тіла особи, яка померла від черевного тифу, виникла потреба у пранні спецодягу прозектора. Вкажіть порядок прання білизни.
29. Проведена вирізка біопсійного матеріалу. Як зберігається матеріал для архіву?
30. В патогістологічній лабораторії використовуються отруйні речовини. Як вони зберігаються?
31. Завідувач лабораторією письмово звернулася до керівника про відпуск для поточної роботи отруйних речовин. Вкажіть порядок відпуску отруйних речовин.
32. У тубдиспансері помер хворий К. Розтин трупа проводиться медичним персоналом централізованого патологоанатомічного відділення. Як забезпечити обов'язкову присутність лікуючих лікарів під час розтину?
33. У номерній районній лікарні виникла необхідність у проведенні біопсійного дослідження. В штатах лікарні відсутня гістологічна лабораторія. Яким чином вирішується це питання?
34. Архівні гістологічні препарати пухлин зберігаються протягом 30 років у вашому патологоанатомічному відділенні. Чи можна їх ліквідувати?
35. У номерній лікарні проведено ряд операцій. Необхідно провести гістологічне дослідження біопсійного матеріалу, проте в

- штатах лікарні відсутній патологоанатом. Хто повинен провести дослідження операційного матеріалу?
36. У дільничній лікарні помер хворий. Хто і де повинен провести секцію цього трупа?
37. Потрібно звільнити місце в приміщенні, де зберігаються архівні документи, гістологічні препарати. Які препарати можна знищити в першу чергу?
38. У терапевтичному відділенні лікарні з приводу гастриту перебувала хвора П., 35 років. Смерть наступила від скарлатини. Які особливості секції і видачі трупа родичам в такому випадку?
39. У патологоанатомічне відділення доставлено банку з біопсійним матеріалом. На бланку направлення відсутній клінічний діагноз. Яка тактика прозектора в даній ситуації?
40. Хворий, якому місяць тому назад було зроблено біопсійне дослідження пухлини, попросив видати йому на руки патогістологічне заключення і гістологічний препарат для консультації в іншому лікувальному закладі. Яке має бути рішення завідуючого патологоанатомічним відділенням?

## Заняття № 2

### **Основна патологоанатомічна документація. Побудова патологоанатомічного діагнозу, клініко-патологоанатомічного епікризу, порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть**

**Мотивація:** протокол розтину а також лікарське свідоцтво про смерть є основними юридичними документами. У практичній роботі лікарів можливі випадки, коли виникне необхідність провести автопсію. Крім того, при відсутності проведення розтину лікарське свідоцтво про смерть видають чергові або лікуючі лікарі.

**Мета:** засвоїти основні положення оформлення протоколу розтину і видачі лікарського свідоцтва про смерть.

**Завдання.** *Знати* теоретичні положення наказу №81 МОЗ України.

*Навчитись* основних принципів оформлення протоколу розтину, формулювання патологоанатомічного діагнозу, клініко-патологоанатомічного епікризу, порядку заповнення лікарського свідоцтва про смерть.

*Вміти* застосовувати набуті знання у практичній роботі.

#### **Оснащення заняття**

1. Протокол розтину.
2. Лікарське свідоцтво про смерть.
3. МКХ-10.
4. Ситуаційні задачі.

### **I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

#### **Стислий виклад теоретичних та інструктивних матеріалів**

##### **Порядок і методи розтину померлих в стаціонарних лікувально-профілактичних закладах**

Після встановлення факту біологічної смерті лікарем стаціонару тіло покійника перебуває у палаті протягом двох годин. На стегні зеленою пишуть прізвище, ім'я, по батькові, дату і час смерті, відділення. Зазвичай до руки прикріплюють прогумовану бірочку, на якій вказують зазначені паспортні дані. Останній метод більш доцільний у тих

лікувально-профілактичних закладах, у яких відзначають поодинокі випадки смерті.

При виносі тіла і наступному його дослідженні необхідно дотримуватись усіх морально-етичних і професійних вимог. До етичних вимог відноситься збереження лікарської таємниці стосовно всього, що виявлено при розтині. Слід також пам'ятати, що у покійника, тіло якого служить для науки, є родичі і близькі. Професор В. Груберг, наприклад, вимагав від студентів і тих, що працюють у препарувальній, знімати капелюхи, “оскільки носіння капелюхів не відповідає гідності приміщення”. Бажано застерегти молодших медичних працівників, що трупні гіпостазии можуть спотворити обличчя при розміщенні тіла спиною вверх. Не слід забувати, що після встановлення факту біологічної смерті необхідно закрити очі, підв'язати нижню щелепу, накрити тіло чистим простирадлом тощо. Одночасно з тілом покійника в морг подають повністю заповнену медичну карту стаціонарного хворого.

Перед розтином тіла померлого прозектор знайомиться зі всіма даними стосовно життя, хвороби і смерті хворого, які можна почерпнути з медичної карти стаціонарного хворого, з'ясує у лікуючого лікаря відсутні факти, які стосуються перебігу недуги та вмирання. Інколи доцільно уточнити деякі дані навіть у родичів, особливо у випадках короткочасного перебування хворого у стаціонарі. Уважно вивчаються лабораторні, інструментальні та інші методи дослідження, методи лікування, дози лікарських засобів, вжитих хворим, діагнози винесені на титульній листок медичної карти, а також усі робочі діагнози, зафіксовані у щоденниках. Вивчення цих обставин переслідує ще одну важливу мету – виключення або встановлення наявності судово-медичного аспекту.

Бажано, щоб прозектор, вивчивши всі необхідні дані, сам сформулював діагноз, який може не збігатися з діагнозом лікуючого лікаря. Цим заходом, як вказує П. Калітєвський, прозектор певною мірою ставить себе в положення лікуючого лікаря, що особливо важливо для взаєморозуміння між патологоанатомом і клініцистом.

*У виконанні патологоанатомічного розтину існує певний алгоритм:*

1. Проводити розтин при денному освітленні, оскільки штучне освітлення змінює кольоропередачу.



2. Одягнути халат і поверх нього прогумований фартух, а також нарукавники. Рекомендують використовувати анатомічні рукавиці. Це дасть можливість запобігти заразним хворобам, а також проникненню трупної отрути через можливі дефекти шкіри.
3. Зовнішній огляд тіла покійника. Встановлюють стать, конституцію, живлення, стан покривів, наявність ознак смерті, висипки, крововиливів, ран, виразок, набряку тощо. Бажано, щоб лікуючий лікар підтвердив паспортні дані покійника.
4. Основний секційний розріз. Необхідно слідкувати за тим, щоб він не проходив через післяопераційні розрізи, рубці та інші дефекти.
5. Детальний огляд порожнин із виявленням особливостей положення і взаєморозміщення органів, наявність злук, ексудату, випоту, сторонніх тіл тощо.
6. Вилучення з порожнин органів і їх дослідження (розміри, вага, колір, консистенція, форма тощо) із одночасним взяттям некропсії, а також залежно від поставлених перед прозектором завдань, матеріалу для бактеріологічного, серологічного, біохімічного і вірусологічного досліджень. Інколи проводять рентгенологічне дослідження кісток.
7. Короткий підсумок із формулюванням патологоанатомічного діагнозу, причини смерті, наявності можливих розходжень між клінічним і патологоанатомічним діагнозами, з'ясування додаткових питань, які цікавлять клініцистів.
8. Туалет трупа.
9. Протоколювання розтину.

Вперше методику автопсії детально описав Р. Вірхов. У подальшому її удосконалювали Кіарі, Летюль, О. Абрикосов, Г. Шор. Методи останніх двох є найбільш поширеними у прозекторській практиці.

О. Абрикосов пропонує досліджувати органи по порожнинах. Спочатку виймають в комплексі органи ший і грудної порожнини. Потім окремо кишечник, печінку, шлунок і дванадцятипалу кишку одним комплексом, сечові шляхи і статеві органи теж одним комплексом.

Г. Шор запропонував метод повної евісцерації органів, який полягає у вилученні органів ший, грудної, черевної порожнин і малого таза у вигляді єдиного суцільного комплексу. При дослідженні органи теж

не відділяють один від одного, тобто зберігають анатомо-фізіологічну цілісність. Цей метод досить зручний при дослідженні тіл покійників, які померли від післяопераційних втручань. У таких випадках доцільно детально обстежити ділянку операційного поля, а саме стан хірургічних швів, судин, наявність і характер ексудату, правильність виконання операції.

### **Протоколювання розтину**

Протоколювання розтину проводять у патологоанатомічному документі – карті патологоанатомічного дослідження (розтину). Вона складається з таких частин: паспортної, описової, патологоанатомічного діагнозу і клініко-патологоанатомічного епікризу. У паспортній частині є дані стосовно прізвища, імені, по батькові покійника, його віку, адреси, номера карти спостереження стаціонарного хворого, професії і спеціальності, дати поступлення в лікарню і смерті, діагнозів. У протокол розтину вносять також коротку виписку із карти спостереження про особливості етіології, клінічних проявів, інструментальних і лабораторних показників, методів лікування. Зауважимо, що бажано вказати спеціальність, а не “пенсіонер”, а також характерні ознаки хвороби, що дали можливість поставити зазначений в клініці діагноз.

Порядок заповнення описової частини різний. У даний час спостерігають тенденцію до її спрощення, відхід від класичної форми викладу. Неприпустиме вживання загальних термінів, наприклад, “атеросклероз”, “аденома”, “пневмосклероз” тощо замість опису патоморфологічних проявів, або порівняння величини патологічних змін з такими предметами, як грецький горіх, горошина, яйце, замість точної вказівки розмірів. Слід пам’ятати, що патологоанатомічний опис – це юридичний документ, а тому навіть незначні зміни, які, на думку патологоанатома, не варті уваги, при подальшому дослідженні можуть мати першорядне значення. Тим більше недоцільно застосовувати карти розтину, у яких лише підкреслюється характер патологічних змін. Такий шлях часто приводить до помилок, які важко виправити. Фотографування та запис на відеоплівку теж слід вважати допоміжними методами протоколювання. Основна вимога, яку пред’являють до описової частини протоколу, – це достатня повнота і ясність, які поєднуються, по можливості, зі стислістю викладу.

*У патологоанатомічній практиці широко використовують такі форми реєстрації патологоанатомічних змін:*

- ◆ за анатомічними системами організму;
- ◆ за ходом виконання розтину;
- ◆ за попередньо визначеним місцем ураження системи, відповідно до особливостей випадку, а в подальшому – за ходом дослідження інших систем.

Завжди рекомендують описову частину розпочинати із зовнішнього огляду тіла, реєстрації живлення, стану шкірних покривів, слизових, очей, волосся, нігтів, характеру набряку тощо. Вже за цими ознаками можна припустити наявність тієї чи іншої патології. Запис протоколу бажано проводити безпосередньо після розтину, не відкладаючи на наступний день, краще всього під диктовку за ходом виконання розтину або ж із використанням диктофона.

За описовою частиною протоколу слідує формулювання патологоанатомічного діагнозу на основі макроскопічної діагностики і при потребі з використанням експрес-методів. Формулювання діагнозу бажано проводити у присутності лікуючих лікарів перед туалетом тіла.

### **Структура та побудова патологоанатомічного діагнозу**

**Діагноз** (грец. *diagnosis* – розпізнавання) – медичний висновок про патологічний стан здоров'я обстежуваного, наявність захворювання (травми) або про причину смерті, виражений в термінах, передбачених Міжнародною класифікацією хвороб, травм і причин смерті. Встановлення його є завершальним етапом аналізу даних анамнезу, клініки, лабораторно-інструментальних досліджень, результатів макро- і мікроскопічного морфологічного дослідження.

*Відповідно до етапів діагностичного процесу розрізняють такі його варіанти:*

- ◆ діагноз при тривалому спостереженні за станом здоров'я дільничних або сімейних лікарів, а також при проведенні профілактичних спостережень;
- ◆ діагноз при вступі в лікувально-діагностичний заклад;
- ◆ клінічний діагноз, з приводу якого проводили лікування;
- ◆ завершальний клінічний діагноз, який встановлює лікуючий лікар при виписці хворого зі стаціонару або ж у випадку смерті;

- ◆ патологоанатомічний (судово-медичний) діагноз, який встановлює патологоанатом (судмедексперт) на основі дослідження секційного або біопсійного матеріалу.

Сучасний клінічний і патологоанатомічний діагноз повинен відображати нозологію, етіологію, патогенез, морфофункціональні прояви і прогноз захворювання. Тобто, патологоанатомічний діагноз повинен включати всі етапи пізнавального процесу: спостереження, морфофункціональну характеристику патологічних змін, визначення нозологічної належності захворювання (формальний діагноз), визначення етіології, взаємовідношень і послідовність виникнення морфологічних проявів із врахуванням даних анамнезу, клінічних проявів і комплексу результатів прижиттєвих лабораторно-інструментальних і морфологічних досліджень (клінічний діагноз даного хворого або померлого), а також визначення прогнозу у випадках встановлення діагнозу на основі дослідження біопсій.

Слід мати на увазі, що кожна нозологічна одиниця містить у собі як причину, так і можливий наслідок, які реалізуються тільки в певних умовах. Причина і наслідок взаємопов'язані можливістю і дійсністю, випадковістю і вірогідністю. При цьому зв'язок причини із випадковістю включає в себе варіабельність наслідку при одній і тій же причині, а можливість переходу причини в наслідок визначається вірогідністю.

*При оформленні патологоанатомічного діагнозу необхідно врахувати, що:*

- ◆ одна причина може привести до одного наслідку;
- ◆ одна причина може привести до множинних наслідків;
- ◆ один наслідок може бути викликаний множинними причинами;
- ◆ причина і наслідок (и) можуть спричинити смерть хворого;
- ◆ причина і наслідок (и) можуть змінити прояви хвороби (патоморфоз).

Лікуючі лікарі і патологоанатоми часто по-різному трактують і розуміють одні й ті ж явища, їх місце серед інших виявлених у хворого процесів як з точки зору причини і наслідку, їх значення у перебізі хвороби, так і чисто з діагностичних позицій. Клініцисти часто встановлюють основною нозологічною одиницею той прояв хвороби або ускладнення, на які були спрямовані їх лікувальні, або реанімаційні заходи. Саме з цього випливає, що без єдиних принципів трактування

і реєстрації патологоанатомічних процесів сумісна робота лікуючих лікарів і патологоанатомів виявиться малоефективною і не принесе тієї користі для клінічної практики і підвищення кваліфікації лікаря, яка повинна бути її результатом.

Завершальний діагноз – це результат складного процесу співставлення і осмислення численних фактів, зібраних лікарем в процесі лікування, в основі якого лежать закони формальної і діалектичної логіки. Формулювання діагнозу – це не формальний етап, а висновок мислення лікаря у словесній формі. Отже, повинні бути чіткі принципи його виразу, які зрозумілі як лікуючому лікарю, патологоанатому, так і при статистичному аналізі смертності населення.

*Клінічний і патологоанатомічний діагнози складаються з 3 розділів:*

1. Основне захворювання
2. Ускладнення основного захворювання
3. Супровідні захворювання.

Як основне захворювання необхідно виставляти ту нозологічну форму, яка сама по собі або через патогенетично пов'язані ускладнення призвела до функціональних розладів, що обумовили клініку хворого і спричинили смерть. Наприклад, виразкова хвороба шлунка, рак легені, крупозна пневмонія, ревматизм тощо. При цьому недоцільно перерахувати симптоми і синдроми, якими підміняють нозологічну одиницю.

У даній ситуації доцільно звернутись до поняття “хвороба”. Цей термін застосовується для позначення захворювання окремої людини, визначення нозологічної одиниці та узагальненого поняття хвороби як біологічного і соціального явища. Всі існуючі визначення не задовільняють лікарів як теоретично, так і практично.

Найбільш корисне з відомих визначень хвороби належить Р. Вірхову: “Життя при ненормальних умовах”. Ю. Конгейм розумів під хворобою відхилення від нормального життєвого процесу, яке обумовлене взаємодією зовнішніх і внутрішніх умов і рефлексорних процесів організму. Можна погодитись із визначенням А. Струкова: “Це процес життєдіяльності цілісного організму – процес боротьби за виживання”, а також І. Давидовського і В. Сільвестрова: “Це пристосування організму, яке характеризується специфічними формами і рівнями пристосувальних актів”. У цілому, підсумовуючи ці визначення, можна

вважати, що хвороба – це порушення життєдіяльності організму під впливом факторів внутрішнього і зовнішнього середовища, яке характеризується обмеженням пристосованості з одночасною мобілізацією компенсаторно-приспосувальних механізмів. Отже, під хворобою можна розуміти зрив компенсаторно-приспосувальних процесів, реакцій організму на пошкодження. Наприклад, гіпертрофія серця як компенсаторний процес при гіпертонічній хворобі – це прояв боротьби організму за виживання. Поряд з цим, дилатація його порожнин – це вже прояв зриву компенсації.

Кожне пошкодження, пристосувальні і компенсаторні процеси завжди мають дисфункціональний вираз, іноді якісно новий, непритаманний здоровому організму. Таку ознаку, яку можна виявити за допомогою клінічних і морфологічних методів дослідження, а також використати для діагностики і прогнозу хвороби, називають симптомом. За способом і доступністю виявлення вони розподіляються на явні та приховані, за строками вираження – на ранні та пізні, за діагностичним значенням з позиції патогенетичного трактування – на неспецифічні, специфічні та патогномонічні. Наприклад, ревматизм Понсе є неспецифічною запальною реакцією синовіальної оболонки у хворого на туберкульоз, наявність туберкульозної гранулеми є специфічною ознакою туберкульозу, а ендокардит – патогномонічною ознакою ревматизму.

Сукупність симптомів на основі їх зв'язку за етіологією і патогенезом або лише тільки за патогенезом при невстановленій етіології хвороби складає клінічний вираз нозології синдрому. Наприклад, геморагічний синдром може бути при гострому лейкозі, гемофілії, цирозі печінки, авітамінозі С, сечовий синдром спостерігають при гломеруло- і тубулопатіях, сечокам'яній хворобі, гіпертензивний – при есенціальній гіпертонії, хворобах нирок, гормональноактивних пухлинах тощо. Синдром є складовою нозології, тому в клініці використовують синдромний підхід, а синдромний діагноз є етапом до встановлення нозологічного діагнозу. У патологічній анатомії такими синдромами є загальнопатологічні процеси, які допомагають встановити патогенез хвороби, вони найбільш часто виступають як прояви або ускладнення хвороби. Існують випадки, коли синдром як прояв ускладнення виступає на перший план у клінічній і морфологічній картині. Саме це привело до порушення патогенетичного принципу визначення поняття основного

захворювання і побудови діагнозу, а також до виділення нових нозологій. Наприклад, інфаркт міокарда є серцевою формою виразу атеросклерозу або гіпертонічної хвороби. Причиною його є тривала ішемія, зумовлена спазмом або ж тромбозом артерій. Але, враховуючи соціальну і клінічну значимість інфаркту міокарда, виділено нову нозологію – ішемічну хворобу серця. У таких випадках інфаркт виступає як основне захворювання.

У практиці патологоанатома рідко зустрічаються випадки, коли наявні ознаки одного захворювання, наприклад, черевного тифу. Переважно на розтині виявляють декілька патологічних станів.

*У таких випадках для визначення основного захворювання доцільно використовувати принципи:*

- ◆ надавати перевагу патологічному стану, який можна вважати основною причиною смерті;
- ◆ надавати перевагу більш тяжкому за характером і наслідками стану;
- ◆ якщо неможливо надати перевагу за першим або другим принципом, то враховують той стан, який найбільш вірогідний за частотою.

*Найбільш доцільний, на наш погляд, метод визначення основного захворювання ґрунтується на основі таких принципів:*

1. Який патологічний стан є безпосередньою причиною смерті?
2. Який патогенетично обумовлений процес привів до його розвитку?
3. Проявам якої нозології даний патологічний процес є найбільш притаманний?

Останнє і є нозологічною одиницею. Наприклад, асфіксія внаслідок закупорки бронхів кров'ю; кровотеча з ерозованої судини внаслідок казеозного некрозу стінки; кавернозний туберкульоз.

У ряді випадків неможливо виділити одну нозологічну одиницю з декількох захворювань, які могли би самі по собі спричинити смерть. Тоді використовують так зване комбіноване основне захворювання.

*Нозологічні форми, які входять у його склад, можуть комбінуватися у таких варіантах:*

- ◆ конкуруючі захворювання;
- ◆ поєднані захворювання;
- ◆ поєднання основного і фонового захворювань.

Під конкуруючими захворюваннями об'єднують дві нозології, котрі самі по собі і через ускладнення могли би призвести до смерті. Наприклад, комбіноване основне захворювання: ішемічна хвороба серця – первинно виниклий трансмуральний інфаркт передньо-бокової стінки лівого шлуночка серця і цереброваскулярна хвороба – крововилив у ліву півкулю головного мозку. Ускладнення основного захворювання: набряк легень, набухання і набряк речовини головного мозку з вклиненням у великий потиличний отвір.

У даному випадку набряк легень як прояв лівошлуночкової недостатності, набряк і набухання речовини головного мозку з вклиненням у великий потиличний отвір, спричинені крововиливом у головний мозок, самі по собі могли призвести до смерті. Крім цього, поєднуючись за часом виникнення вони різко погіршили стан хворого і прискорили настання смерті.

На відміну від конкуруючих, поєднані захворювання, кожне окремо, не є смертельними, але при одночасному їх розвитку у своїй сукупності спричиняють смертельний наслідок.

Прикладом поєднаних захворювань можуть бути одночасна наявність у хворого постінфарктного кардіосклерозу і хронічної неспецифічної хвороби легень.

Кожна з цих недуг може призвести до хронічної серцевої недостатності, проте при їх поєднанні термінальні прояви її наступають швидше.

*Обов'язковою умовою наявності поєднання захворювань є:*

- ◆ збіг у часі двох хвороб, що дає новий якісний прояв патологічного процесу;
- ◆ спільні для цих нозологій ускладнення.

Прикладом можуть виступати ревматична хвороба і хронічна форма вторинного туберкульозу. Це різні за етіологією і патогенезом хвороби, але спільним для них може бути ускладнення – амілоїдоз нирок, перебіг якого завершується уремією.

Фонове захворювання за А.В. Смолянським – нозологія, якій належить суттєва роль у виникненні і несприятливому перебізі патологічного процесу. Наприклад, пієлонефрит або туберкульоз на фоні цукрового діабету, туберкульоз при наркоманії або алкоголізмі. При укладанні такого діагнозу слід мати на увазі, що фоновією нозологією виступає та хвороба, при перериванні якої можна попередити смертельний наслідок основного захворювання, або, навпаки, наявність якої



погіршує перебіг хвороби і прискорює настання смерті. Зазвичай це можна відобразити в діагнозі або епікризі термінами “на фоні”, “при наявності”. Наприклад, гострий гнійний пієлонефрит на фоні цукрового діабету або вірусний гепатит на фоні хронічної токсикоманії (алкоголізму).

Під ускладненням основного захворювання слід розуміти ті патологічні процеси, які погіршили перебіг основного захворювання і патогенетично пов’язані з ним. Наприклад, гнійний розлитий перитоніт при перфорованій виразці шлунка або гнійний лептоменінгіт при гострій пневмонії тощо. Інколи одне ускладнення може за часом розвитку викликати інше. Наприклад, флегмонозно-виразковий апендицит – пілефлебітичні абсцеси печінки – жовтяниця – жовчний перитоніт. У таких випадках бажано у патологоанатомічному діагнозі, ґрунтуючись на даних морфології, патогенезу та клініки, вказувати всі ускладнення у послідовності їх виникнення.

Супровідним захворюванням вважають ту нозологічну(і) одиницю(і), яка(і) етіологічно і патогенетично не пов’язана з основним захворюванням. У цьому розділі записуються процеси, які мають суттєві патологічні прояви і можливий побічний вплив на резистентність організму.

Таким чином, оформлення патологоанатомічного діагнозу ґрунтується на основі нозологічного принципу із врахуванням етіології, патогенезу та анатомічної локалізації процесів із максимальним використанням рубрик МКХ. Дотримуючись останньої, не завжди можливо побудувати патологоанатомічний діагноз за патогенетичним принципом. Так, згідно з МКХ, як основне захворювання пропонують виставляти кардіальну і церебральну клініко-морфологічну форми атеросклерозу та гіпертонічної хвороби (ішемічна хвороба серця, цереброваскулярна хвороба). Це стосується і туберкульозного менінгіту. За патогенезом цей патологічний процес є ускладненням, проте, згідно з МКХ, виступає як основне захворювання (А.7.0 – туберкульозний менінгіт).

Відомо, що низка лікувальних заходів може ускладнюватися тяжкими, інколи несумісними з життям патологічними процесами.

*Згідно з МКХ, до ускладнень, які виникли внаслідок терапевтичних та хірургічних втручань (Y40–Y84), включені:*

- ◆ ускладнення, пов’язані з використанням медичних приладів та пристроїв;

- ◆ непередбачені несприятливі реакції, які виникли при введенні відповідно до призначення лікарських засобів у терапевтичній чи профілактичній дозі;
- ◆ випадково нанесена шкода пацієнту під час хірургічного та терапевтичного втручання;
- ◆ хірургічні та терапевтичні процедури, які є причиною аномальної реакції пацієнта;
- ◆ віддалене ускладнення без згадування про ненавмисне нанесення шкоди під час процедури.

У тих випадках, коли смертельні ускладнення настають після обґрунтованих і правильно проведених медичних заходів, вони трактуються як смертельні ускладнення основного захворювання, з приводу якого ці заходи вжиті. Наприклад: основне захворювання – піхурчатка (L10), лікована кортикостероїдами в терапевтичних дозах.

Ускладнення основного захворювання: гостра стероїдна перфоративна виразка шлунка, розлитий фібринозно-гнійний перитоніт.

Поряд з цим, низку ятрогеній треба трактувати як основне захворювання і першопричину смерті. Сюди відносяться:

1. Несприятливі результати лікарських заходів, які проведені при помилковому діагнозі.
2. Неправильно проведений лікарський захід, який послужив причиною смерті. Наприклад, ускладнення катетеризації підключичної вени, бронхоскопії, інфузійної терапії. У цьому випадку патологоанатомічний діагноз пропонують сформулювати так:  
*Основне захворювання:* перфорація стінки правого шлуночка серця внутрішньосудинним кінцем катетера при пункції і катетеризації правої підключичної вени (дата).  
*Ускладнення основного захворювання:* тампонада перикарда інфузійною рідиною і кров'ю; гідро-гемоперикардіум, набряк легень, головного мозку.  
*Супровідне захворювання:* парагрип другого серотипу (за результатами посмертного імунофлуоресцентного дослідження).
3. Ускладнення терапії з розвитком дисбактеріозу, ендо- і екзогенної суперінфекції.
4. Смертельні алергічні реакції та інші ускладнення після введення лікарських препаратів без попереднього проведення алергологічних проб або неврахування цих даних.

5. Переливання несумісної крові.
6. Смерть, зумовлена ускладненням маніпуляції, проведеної з діагностичною метою, а також вакцинацією.

### **Клініко-патологоанатомічний епікриз**

Клініко-патологоанатомічний епікриз – це найбільш складний для формулювання розділ протоколу розтину. Це синтез клінічного перебігу хвороби з даними, виявленими при морфологічному дослідженні, встановленням етіології, патогенезу, морфогенезу і механізму смерті. Тут прозектор викладає свій погляд на особливості даного випадку.

*У клініко-патологоанатомічному епікризі потрібно відобразити такі питання:*

1. Обґрунтування діагнозу: основного захворювання, ускладнень, супровідних захворювань.
2. Виявлення ланок танатогенезу і встановлення первинної і безпосередньої причин смерті.
3. Аналіз проявів патоморфозу (вплив лікарських заходів на клініко-морфологічні прояви хвороби).
4. Співставлення діагнозів за рубриками (основне захворювання, його ускладнення і супровідні хвороби) із вказівкою причини розходження діагнозів.
5. З'ясування своєчасності діагностики і госпіталізації з оцінкою впливу цього фактора на лікувальний процес і наслідок захворювання.

Чіткої схеми написання клініко-патологоанатомічного епікризу немає, що зумовлено можливістю іншого підходу у кожному конкретному випадку. Іншими словами – це суб'єктивний погляд прозектора на хворобу з використанням морфологічного аналізу. Проте, враховуючи, що більша частина епікризу присвячується аналізу клініки і лікування, можливостям ранньої догоспітальної і госпітальної діагностики, застосуванню необхідних діагностичних заходів, своєчасності госпіталізації, динаміці діагностичного процесу, доцільності оперативного втручання, характеристиці терапії, реанімаційних заходів, ці основні питання варто вирішувати колегіально, за активної участі лікуючих лікарів, на засіданні лікарсько-контрольної комісії, клініко-патологоанатомічній конференції. Тільки таким чином можна відобразити

прорахунки медичного мислення та організації лікувально-профілактичної роботи у кожному конкретному випадку.

### **Лікарське свідоцтво про смерть**

Сформулювавши патологоанатомічний діагноз, патологоанатом приступає до оформлення лікарського свідоцтва про смерть. Слід зауважити, що основною умовою правильного заповнення його є професійно побудований діагноз та грамотне застосування МКХ.

МКХ (Міжнародна класифікація хвороб) складає єдиний кодовий перелік тризначних рубрик, кожна з яких може бути поділена на чотири-мірні підрубрики числом до десяти. Замість суто цифрової системи кодування в попередніх виданнях у X-му перегляді використано цифровий код з буквою – першим знаком і цифрою – другим, третім і четвертим знаками. Четвертий знак розташований після десяткової крапки. Таким чином, можливі номери кодів містяться у діапазоні від A00.0 до Z99.9. За МКХ X-го перегляду, всі хвороби і системи поділено на 21 клас, кожному класу відповідає певна буква латинського алфавіту.

*Порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть такий:*

1. Лікарські свідоцтва про смерть заповнюють ручкою, розбірливим почерком.
2. Заповненню підлягають усі пункти свідоцтва. При відсутності тих чи інших відомостей потрібно записати “немає даних”, “не встановлено”. На лікарських свідоцтвах про смерть і корінцях до них проставляють номер закладу за Державним реєстром звітних статистичних одиниць України, а через дріб – порядковий номер лікарського свідоцтва.
3. Причину смерті записують у двох частинах 11 пункту лікарського свідоцтва про смерть.

*Перша частина його поділяється на три рядки (I а, б, в). У ній вказують етіологічно і патогенетично пов’язані захворювання:*

а – безпосередню причину смерті, тобто хворобу, синдром чи симптом, які є смертельним ускладненням основного захворювання;

б – вказують проміжні стани, які патогенетично пов’язані з безпосередньою причиною смерті та основним захворюванням;

в – основне первинне захворювання, яке зумовило безпосередню причину смерті. Основне первинне захворювання, яке записано в рядок Ів, кодують одним із шифрів МКХ.

У другій частині 11 пункту лікар повинен зазначити інші хвороби, які негативно вплинули на перебіг основного захворювання, але причинно не пов'язані з захворюванням або його ускладненням, що безпосередньо є причиною смерті.

Наприклад:

- 1) I. а. Гостра постгеморагічна анемія.  
б. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу.  
в. Змішаний цироз печінки.  
II. Ревматоїдний артрит, фаза ремісії.  
Необхідно кодувати цироз печінки – K74.6.
- 2) I.а. Хронічна ниркова недостатність.  
б. Підгострий гломерулонефрит.  
в. Скарлатина.  
II. Лімфатикогіпопластична аномалія конституції.  
Кодують скарлатину – A38.
- 3) I а. Печінково-ниркова недостатність.  
б. Механічна жовтяниця.  
в. Рак головки підшлункової залози.  
II. ІХС. Постінфарктний кардіосклероз.  
Кодують рак голівки підшлункової залози – C25.0.

При заповненні пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть на померлу роділлю чи породіллю рекомендують робити запис у такому порядку:

У випадку ускладнень вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також внаслідок інших втручань, неправильного ведення пологів і под., відомості про причину смерті записуються в першій частині за загальноприйнятою схемою в рядках I а, б, в.

Наприклад:

- 1) I. а. Гостра легенево-серцева недостатність.  
б. \_\_\_\_\_  
в. Емболія навколоплідними водами.  
II. Вагітність друга, пологи перші, термінові.  
Кодують емболію навколоплідними водами – 088.1.
- 2) Iа. Гостра постгеморагічна анемія.  
б. Маткова кровотеча.

в. Вагітність перша, спонтанний викидень.

II. Ендемічний багатовузловий зоб.

Кодують спонтанний викидень – 003.

У разі смерті вагітної, роділлі чи породіллі внаслідок хвороби, яка існувала раніше або виникла в період вагітності і не пов'язана з безпосередньою акушерською причиною, але обтяжена фізіологічним впливом вагітності або нещасного випадку, відомості про причину смерті записують у рядках I а, б, в, але при цьому в частині II обов'язково роблять запис про вагітність і її термін:

Наприклад:

1) I. а. Хронічна правошлуночкова серцева недостатність.

б. Дилатація правого шлуночка серця.

в. Ревматизм, активна фаза, стеноз мітрального отвору.

II. Вагітність друга, 22 тижні.

Кодують ревматизм із вадою мітрального клапана – I05.9.

2) I. а. Кардіопульмонарний шок.

б. Тромбоемболія легеневої артерії.

в. Кістома лівого яєчника з перекрутом ніжки.

II. Вагітність перша, 32 тижні.

Кодують кістому яєчника – D27.

У всіх випадках смерті жінок у післяпологовому періоді в межах 42 днів після пологів у частині II роблять запис: “Післяпологовий період, .... день”.

Наприклад:

I. а. Гнійний менінгіт

б. Абсцедування легень.

в. Крупозна пневмонія.

II. Післяпологовий період, 28 день.

Кодують крупозну пневмонію – J15.2.

У випадках смерті від травм у пункті 11 вказують локалізацію і характер травми.

Наприклад:

1) I. а. Субдуральна гематома.

б. Розрив намету мозочка.

в. Перелом основи черепа.

II. Цукровий діабет.

Кодують перелом основи черепа – S02.1.

2) I. а. Постгеморагічний шок.

б. Розрив стегнової артерії.

в. Відкритий перелом середньої третини правого стегна.

II. —————

Кодують відкритий перелом стегна – S78.81.

У пункті 12 необхідно чітко вказати:

I а – дату травми: рік, місяць, число;

б – при нещасних випадках, не пов'язаних з виробництвом, вказують вид травми (побутова, вулична, дорожньо-транспортна та ін.);

в – місце і обставини травми.

Наприклад:

I а. 2000, січень, 22;

б. Дорожньо-транспортна;

в. Шосейна дорога, наїзд автомашини.

У пункт 13 заносять відомості тільки на підставі посвідчення померлого, виданого відповідно до Закону України “Про статус і соціальний статус громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи”.

У пункті 14 записують найменування медичного закладу, дату видачі свідоцтва, підпис лікаря, який видав свідоцтво про смерть, завірений печаткою закладу.

Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть (його № запису, дата, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних медичних документах: медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/0), історії пологів форма №096/0), медичній карті амбулаторного хворого (форма №025/0).

### **Приклади заповнення лікарських свідоцтв про смерть за нозологічними формами**

*Туберкульоз:*

I а. Хронічна правошлуночкова серцева недостатність.

б. Легеневе серце.

в. Посттуберкульозний пневмосклероз (код – B90.9).

I а. Уремія.

б. —

в. Полікавернозний туберкульоз нирок (код – А18.1).

I а. Уремія.

б. Амілоїдоз нирок.

в. Туберкульозний спондиліт (код – А18.0).

I а. Асфіксія кров'ю.

б. Арозія гілки легеневої артерії.

в. Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень (код – А15.3).

I а. Декомпенсація легеневого серця.

б. Легеневе серце.

в. Посттуберкульозний кіфосколіоз (код – В90.2).

*Віддалені наслідки паразитарних та інфекційних хвороб:*

I а. набряк, набухання головного мозку.

б. Внутрішня гідроцефалія.

в. Віддалені наслідки вірусного енцефаліту (код – А86).

I а. Печінково-ниркова недостатність.

б. Тубулоінтерстиціальний нефроз.

в. Лептоспіроз жовтушно-геморагічний (код – А27.0).

I а. набряк, набухання головного мозку.

б. Піоцефалія.

в. Ентеровірусний менінгіт (код – А87.0).

I а. Піоцефалія.

б. —

в. Менінгококовий менінгіт (код – В15.0).

I а. Гепаторгія (печінкова кома).

б. Некроз печінки.

в. Гепатит А (код – В15).

*Новоутворення:*

I а. Кахексія.

б. Множинні метастази в органи і лімфатичні вузли.

в. Рак сигмоподібної кишки (код – С18.7).

I а. Профузна легенева кровотеча.

б. Розпад пухлини, арозія судин легень.

в. Центральний рак лівої легені (код – С34).



- I а. Множинні метастази у внутрішні органи.
  - б. —————
  - в. Рак молочної залози (код – С50).
- I а. Вклинення мигдаликів мозочка у великий потиличний отвір.
  - б. Набряк головного мозку.
  - в. Злоякісне новоутворення лобно-скроневої долі головного мозку (код – С71.1).
- I а. Бластний криз.
  - б. Геморагічний синдром.
  - в. Гострий моноцитарний лейкоз (код – Е90).
- Хвороби ендокринної системи (Е00–Е90):*
- I а. Гостра серцево-судинна недостатність.
  - б. Тиреотоксичне серце.
  - в. Зоб токсичний дифузний (код – Е05.0).
- I а. Уремія.
  - б. Нейроангіосклероз.
  - в. Цукровий діабет з ураженням нирок (код – Е10.2).
- I а. Інтоксикація.
  - б. Волога гангрена лівої нижньої кінцівки.
  - в. Цукровий діабет з порушенням периферичного кровообігу (код – Е10.4).
- Хвороби крові і кровотворних органів (D50-D89):*
- I а. Поліорганна недостатність.
  - б. Дистрофія внутрішніх органів.
  - в. Апластична анемія (код D61.9).
- Психічні розлади (F00-F99):*
- I а. Кахексія.
  - б. Атрофія мозку.
  - в. Судинна деменція підкоркова (код – F01.2).
- I а. Септикопіємія.
  - б. Множинні пролежینی спини.
  - в. Деменція при хворобі Піка (код – F 01.0).
- I а. Легенево-серцева недостатність.
  - б. Двобічна гіпостатична пневмонія.
  - в. Шизофренія, параноїдна форма (код – F02.0).

- I а. Кахексія.
  - б. Бура атрофія внутрішніх органів.
  - в. Сенільна деменція (код – F05.1).
- I а. набряк головного мозку.
  - б. Внутрішня гідроцефалія.
  - в. Алкогольна полінейропатія (код – J62.1).
- I а. Легенево-серцева недостатність.
  - б. Гіпостатична абсцедивна пневмонія.
  - в. Розумова відсталість – ідіопатія (код – F72).
- I а. Поліорганна недостатність.
  - б. Дистрофія внутрішніх органів.
  - в. Атеросклеротична деменція (код – F01.9).

*Хвороби нервової системи:*

- I а. набряк головного мозку.
  - б. Внутрішня гідроцефалія.
  - в. Стареча дегенерація головного мозку (код – J31/1).
- I а. набряк головного мозку.
  - б. \_\_\_\_\_
  - в. Епілепсія, генералізована судома (код – J40.3).
- I а. набряк, набухання головного мозку.
  - б. Високотенторіальне зміщення довгастого мозку.
  - в. Внутрішньочерепний абсцес (код – G06.0).
- I а. Кахексія.
  - б. Атрофія м'язів.
  - в. Спінальна м'язова атрофія (код – G12.0).
- I а. Септикопемія.
  - б. Множинні пролежینی сідниць.
  - в. Розсіяний склероз (код – G35).
- I а. Гостра легенева недостатність.
  - б. Двобічна абсцедивна пневмонія.
  - в. Розсіяний склероз (код – G35).
- I а. Гостра серцево-легенева недостатність.
  - б. Двобічна гіпостатична пневмонія.
  - в. Хвороба Альцгеймера (код – G30.1).

*Хвороби системи кровообігу (I00-I99):*

- I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. Гіпертрофія серця.
    - в. Ревматичний мітральний стеноз із недостатністю (код – I05.9).
  - I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. Гіпертрофія серця.
    - в. Ревматичний аортальний стеноз (код – I08.1).
  - I а. Кардіогенний шок.
    - б. \_\_\_\_\_
    - в. Гострий інфаркт міокарда (код – I21.9).
  - I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. Постінфарктний кардіосклероз.
    - в. Хронічна ішемічна хвороба серця (код – I25.2).
  - I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. Дрібновогнищевий кардіосклероз.
    - в. Хронічна ішемічна хвороба серця (код – I25.5).
  - I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. Легеневе серце.
    - в. Первинна легенева гіпертензія (код – I27.1).
  - I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. Легеневе серце.
    - в. Кіфосколиотична хвороба серця (код – I27.1).
  - I а. Кардіопульмональний шок.
    - б. \_\_\_\_\_
    - в. Легенева емболія (код – I42.9).
  - I а. Хронічна серцево-судинна недостатність.
    - б. \_\_\_\_\_
    - в. Дилатаційна кардіоміопатія (код – I42.9).
- Цереброваскулярна хвороба (I60-I69):*
- I а. Крововилив у шлуночки мозку.
    - б. Церебральний атеросклероз.
    - в. Гіпертонічна хвороба (код – I61.5).
  - I а. Ішемічний інфаркт мозку.
    - б. Гіпертонічна хвороба.
    - в. Церебральний атеросклероз (код – I63.).

- I а. набряк головного мозку.
- б. Внутрішня гідроцефалія.
- в. Церебральний атеросклероз (код – I67.2).
- I а. Гостра серцево-судинна недостатність.
- б. Гіпостатична пневмонія.
- в. Віддалені наслідки цереброваскулярної хвороби (код – I69.8).
- I а. Кахексія.
- б. Множинні пролежینی сідниць.
- в. Віддалені наслідки цереброваскулярної хвороби (код – I69.8).

*Атеросклероз артерій і артеріол:*

- I а. Дефіцит наповнення шлуночків серця.
- б. Надклапанний розрив аневризми.
- в. Аневризма висхідного відділу аорти (код – I71.0).
- I а. Кардіопульмонарний шок.
- б. Тромбоемболія легеневої артерії.
- в. Тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок (код – I80.2).
- I а. Уремія.
- б. Множинні інфаркти нирок.
- в. Вузликосий періартеріїт (код – M30.0).

*Хвороби органів дихання (J00-J99):*

- I а. Гостра легенево-серцева недостатність.
- б. \_\_\_\_\_
- в. Бактеріальна пневмонія не уточнена (код – J15.9).
- I а. Гостра легенево-серцева недостатність.
- б. \_\_\_\_\_
- в. Пневмонія без уточнення збудника (код – J18.0).
- I а. Гостра легенево-серцева недостатність.
- б. \_\_\_\_\_
- в. Вірусна пневмонія не уточнена (код 12.9).
- I а. Хронічна легенево-серцева недостатність.
- б. Легеневе серце.
- в. Хронічний бронхіт (код 42).
- I а. Гіпоксемія.
- б. Тотальний бронхоспазм.
- в. Бронхіальна астма (код 45).

І а. Уремія.

б. Амлілоїдоз внутрішніх органів.

в. Бронхоектатична хвороба (код – 47).

*Хвороби органів травлення (K00-K93):*

І а. Розлитий фібринозно-гнійний перитоніт.

б. Перфоративна виразка.

в. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (код – K26).

І а. Хлоргідропенічна уремія.

б. Декомпенсований поліростеноз.

в. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (код – K26).

І а. Розлитий фібринозно-гнійний перитоніт.

б. Некроз-перфорація стінки кишки.

в. Гостра судинна недостатність кишечника – мезентеріальний тромбоз (код – K55.0).

І а. Розлитий фібринозно-гнійний перитоніт.

б. Некроз-перфорація стінки кишки.

в. Злукова кишкова непрохідність (код – K56.5).

І а. Гостра печінково-ниркова недостатність.

б. Змішана жовтяниця.

в. Змішаний цироз печінки (код – K74.6).

І а. Профузно-кишкова кровотеча.

б. Варикозне розширення вен стравоходу і дна шлунка.

в. Змішаний цироз печінки (код – K74.6).

І а. Печінкова кома.

б. Некроз печінки.

в. Гепатит не уточнений (код – K85).

І а. Гостра судинна недостатність.

б. Ферментемія.

в. Гострий панкреатит (код – K85).

*Хвороби сечостатевої системи (N00-N99):*

І а. Уремія.

б. Вторинно змощена нирка.

в. Хронічний гломерулонефрит (код – N03).

- Г а. Уремія.
- б. Гідронефроз.
- в. Каміння нирок і сечоводів (код – N13.2).

- Г а. Уремія.
- б. Висхідний пієлонефрит.
- в. Аденома простатичної залози (код – D29.1).

*Хвороби шкіри і підшкірножирової клітковини (L00-L99):*

- Г а. Септицемія.
- б. \_\_\_\_\_
- в. Карбункул шиї (код – L02.1).

- Г а. Інтоксикація.
- б. Дистрофія внутрішніх органів.
- в. Флегмона м'яких тканин нижньої кінцівки (код – L03.1).

*Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини (M00 – M99):*

- Г а. Уремія.
- б. Подагрична нирка.
- в. Подагричний артрит (код – M14.0).

- Г а. Легенево-серцева недостатність.
- б. Бронхопневмонія.
- в. Дерматоміозит (код – M33.9).

## **1. Вивчити зміст додатка Р до наказу № 81 МОЗ України**

Зміст додатка Р до наказу № 81 МОЗ України

### **П О Л О Ж Е Н Н Я про патологоанатомічне дослідження померлих**

*1. Порядок оформлення медичної документації на померлих в лікувально-профілактичному закладі.*

*Встановлення факту настання біологічної смерті хворого проводиться в лікувальному закладі черговим або лікуючим лікарем, про що в історії хвороби робиться відповідний запис із зазначенням часу смерті в годинах та хвилинах.*

*До тіла померлого прикріплюється бірка із зазначенням таких даних – відділення, прізвище, ім'я та по батькові померлого, рік народження та*

дата смерті, основний клінічний діагноз. Труп без затримки доставляється в морг чи прохолодне приміщення, виділене для зберігання трупів, з температурою 0-+4° С. Пов'язки, дренажі, інтубаційна та трахеостомічна трубки, катетери залишаються на місці.

Зразу ж після настання смерті хворого лікуючий лікар складає посмертний клінічний діагноз, епікриз. У посмертному клінічному епікризі повинні бути висвітлені такі питання:

- дата початку захворювання та скарги хворого;
- дата первинного звернення за медичною допомогою із вказівкою, куди та до кого звернувся хворий, яку отримав допомогу;
- дата та місце первинної госпіталізації, назва всіх лікувальних закладів, де в подальшому обстежувався чи отримував лікування хворий, зміст діагностичних та лікувальних заходів;
- узагальнена характеристика перебігу захворювання за час перебування в кожному лікувальному закладі;
- дата госпіталізації в даний лікувальний заклад, діагноз при направленні, попередній діагноз, заключний діагноз, дати їх встановлення, зміст проведених лікувальних заходів (при проведенні операцій – назва операції, тривалість, вид наркозу);
- дата появи, характер симптомів ускладнень, дата їх розпізнання, вжиті заходи;
- клінічна характеристика термінального стану, зміст реанімаційних заходів;
- час встановлення біологічної смерті в годинах та хвилинах.

Заключний клінічний діагноз є медичним висновком про характер захворювання, що було у хворого, безпосередню причину та механізм настання смерті.

Він повинен бути патогенетично обумовлений, відповідати клінічним фактам.

Оформлена історія хвороби померлого підписується лікуючим лікарем, завідувачим лікувальним відділенням.

## 2. Порядок патологоанатомічного дослідження померлого.

Терміновий розтин трупа дозволяється одразу ж після встановлення біологічної смерті хворого. Впорядкований патологоанатомічний розтин померлих проводиться в години, означені розпорядком роботи патологоанатомічного бюро (відділення). Історія хвороби подається в патологоанатомічне бюро (відділення) в найближчий час після смерті хворого (при настанні смерті після 12.00 вона має бути доставлена не пізніше 9-ої год наступного дня).

*Прийом та реєстрація тіл померлих проводяться санітаром патологоанатомічного бюро (відділення), який перевіряє наявність бірки на труні, ознаки його гниття, зубних протезів з кольорового металу та цінних речей, про що робить відмітку в книзі реєстрації прийому та видачі тіл померлих і доповідає завідувачому відділенням.*

*Патологоанатом розпочинає роботу по впорядкованому патологоанатомічному дослідженню трупа тільки після вивчення історії хвороби та іншої медичної документації померлого.*

*На патологоанатомічному розтині зобов'язані бути присутніми завідуючий лікувального відділення та лікуючий лікар. Дозволяється присутність інших лікарів лікувального закладу.*

*Перед початком патологоанатомічного розтину проводиться огляд трупа з оцінкою стану шкірного покриву, видимих слизових оболонок, визначення маси тіла та його довжини. Патологоанатомічний розтин має бути повний, з дослідженням всіх порожнин тіла та внутрішніх органів, а при необхідності – хребтового каналу, кісткового мозку трубчастих кісток, периферичних судин та нервів, вегетативних нервових вузлів. Як основний метод патологоанатомічного розтину необхідно застосовувати спосіб повної евісцерації (за Шором).*

*Після завершення патологоанатомічного розтину патологоанатом оформляє лікарське свідоцтво про смерть за формою № 106/у-84.*

*Гістологічне дослідження органів та тканин трупа проводиться в усіх випадках. Для цього під час розтину забираються шматочки органів та тканин і поміщаються у фіксуючий розчин.*

*При необхідності гістологічне дослідження може проводитися під час розтину шляхом виготовлення препаратів на заморожувальному мікроскопі чи кріостаті. З матеріалу, взятого для гістологічного дослідження, вирізаються шматочки, які після реєстрації в книзі обліку роботи лаборанта з секційним матеріалом піддаються подальшій обробці. Решта матеріалу зберігається у 10 % розчині нейтрального формаліну до закінчення всіх досліджень, після чого за розпорядженням лікаря знищується у встановленому порядку. Гістологічне дослідження органів трупа має бути закінчене не пізніше 5 діб після розтину.*

*Для уточнення характеру захворювання, його етіології та патогенезу, механізмів настання смерті слід ширше використовувати бактеріологічні, вірусологічні, серологічні, цитологічні, імуноферментні та інші методи дослідження. Взяття матеріалу проводиться відповідно до інструкції по забору матеріалу з трупа для бактеріологічного, біохімічного, біофізичного, вірусологічного досліджень.*



*Патологоанатомічне дослідження померлих проводиться безпосередньо за встановленням факту біологічної смерті, але не пізніше однієї доби з моменту смерті.*

*Розтин трупів осіб, що померли від гострих інфекційних захворювань чи при підозрі на них, проводиться по можливості у перші години після настання смерті, бажано в присутності спеціаліста протиепідемічного закладу, який забирає матеріал для бактеріологічного та вірусологічного досліджень. Найбільш надійні результати забезпечують бактеріологічні та вірусологічні дослідження, проведені в перші 6-8 год після настання смерті, як виняток в перші 24 год після смерті.*

*Рідини, що витікають при розтині трупів осіб, що померли від гострих інфекційних захворювань, та стічні води забираються в посуд з дезінфікуючими розчинами (наприклад, хлорного вапна), витримуються в ньому не менше 2 год, після чого зливаються в каналізаційну мережу.*

*Після закінчення розтину трупів осіб, що вмерли від гострих інфекційних захворювань, перед зашиванням виконаних на трупі розрізів органи та порожнини його обробляються дезінфікуючим розчином (наприклад, розчином карболової кислоти чи хлораміну). В порожнину трупа закладається ганчір'я, змочене дезінфікуючим розчином. Труп обмивається 1 % розчином хлораміну. Секційний стіл старанно обмивається дезінфікуючим розчином, інструменти стерилізуються, білизна, що використовувалася при розтині (халати, простирадла), дезінфікується.*

### *3. Документація патологоанатомічних досліджень померлих.*

*У кожному випадку патологоанатомічного дослідження в обов'язковому порядку складається протокол патологоанатомічного дослідження, який включає в себе такі розділи:*

- паспортна частина з кодувальним стовпчиком та переліком питань для статистичної розробки на ЕОМ;*
- клінічний епікриз;*
- клінічний діагноз;*
- текст протоколу розтину;*
- дані гістологічного дослідження;*
- патологоанатомічний діагноз;*
- патологоанатомічний епікриз.*

*Паспортна частина протоколу патологоанатомічного дослідження заповнюється на підставі історії хвороби померлого. У ній вказуються – прізвище, ім'я та по батькові померлого, його вік, лікувальний заклад, в якому він помер, назва відділення. Для використання електронно-обчислювальної техніки для аналізу даних патологоанатомічних досліджень у*

правій частині титульного листка протоколу патологоанатомічного дослідження розміщений кодувальний стовпчик, який треба заповнювати.

Клінічний епікриз протоколу патологоанатомічного дослідження складається патологоанатомом в лаконічній формі. Особлива увага приділяється відображенню даних про своєчасність розпізнання хвороби та первинну госпіталізацію хворого.

У випадку смерті від гострих хірургічних захворювань (кишкова непрохідність, апендицит, перфоративна виразка шлунка та ін.), гострих інфекційних та інших захворювань, при яких необхідна негайна госпіталізація хворого та невідкладна операція, крім дати, вказуються години початку захворювання, звернення до лікаря, госпіталізації та оперативного втручання.

У клінічному епікрizi вказуються результати спеціальних досліджень, що характеризують перебіг основного захворювання (лабораторні та біохімічні дослідження крові, сечі, кісткового мозку, рентгенологічні дослідження; серологічні реакції, показники кров'яного тиску) в обсязі, необхідному для підтвердження (чи виключення) даної нозологічної форми захворювання. В кінці клінічного епікрizu вказуються сумарні дози антибіотиків, що вживалися, гормонів, кількість перелитої крові та кровозамінників.

У випадку настання смерті у ранній післяопераційний період в клінічному епікрizi протоколу патологоанатомічного дослідження наводяться докладні дані, що стосуються проведеної операції та ведення хворого в післяопераційний період. При цьому на окремому листку графічно (по годинах та хвиликах) відмічаються показники гемодинаміки та дихання, зміст та обсяг інфузійної терапії.

У текстовій частині протоколу патологоанатомічного дослідження докладно, послідовно та об'єктивно викладаються всі зміни, що були виявлені при розтині трупа. Спочатку описується склад тіла, колір шкірного покриву, видимих слизових оболонок, вказуються зріст та маса тіла. При наявності операційних рубців вказується їх довжина, напрямок відповідно до анатомічних ділянок, зовнішній вигляд, а також наявність у них катетерів, випускників та ін. При описі порожнини трупа відзначається розміщення внутрішніх органів, наявність в порожнинах вмісту та його вигляд, стан серозних оболонок. Опис внутрішніх органів слід проводити за системами в такій послідовності: головний мозок та спинний мозок, органи дихання, органи кровообігу, органи кровоутворення, кістково-м'язова система.

Патологічні зміни внутрішніх органів та тканин описуються об'єктивно, без нав'язування особистої думки патологоанатома, користуючись загальноприйнятими одиницями та різновидностями кольорів, уникаючи порівнянь з розміром та кольором тих чи інших предметів. При

цьому не слід застосовувати діагностичну термінологію (пневмонія, нефрит тощо) та скорочення слів. Описувати зміни необхідно, не допускаючи можливості трактувань, що суперечать одне одному.

При описі незмінених внутрішніх органів вказуються лише їхні розміри, маса та відмічається відсутність видимих патологічних змін. Якщо які-небудь органи не досліджуються, вказують причину.

У випадках смерті хворих після операцій, що супроводжувались видаленням тих чи інших органів або тканин, в протоколі розтину дається детальний опис операційного матеріалу та ділянки оперативного втручання, анатомічного взаємозв'язку органів та тканин, який виник після операції, стану анастомозів, культі порожнистих органів та ін.

Текстова частина протоколу патологоанатомічного дослідження завершується перерахуванням матеріалів, взятих з трупа для проведення гістологічного, бактеріологічного, бактеріоскопічного та інших досліджень.

В кінці протоколу вказуються посада, прізвище та ініціали всіх посадових осіб лікувального закладу, що були присутні на розтині.

Патологоанатомічне дослідження завершується формулюванням патологоанатомічного діагнозу та складанням патологоанатомічного епікризу з виділенням безпосередньої причини та механізмів смерті, порівнянням клінічного та патологоанатомічного діагнозів, встановленням характеру та причини недоліків у наданні медичної допомоги.

Патологоанатомічний діагноз формулюється за нозологічним принципом, в патогенетичній послідовності з виділенням таких рубрик:

- основне захворювання;
- ускладнення основного захворювання;
- реанімаційні заходи;
- супровідні захворювання та їх ускладнення.

Основним захворюванням слід вказати нозологічну одиницю, яка відповідно до класифікації та номенклатури захворювань сама по собі чи внаслідок її ускладнення виявилася причиною смерті. Еквівалентом нозологічної одиниці є такі медичні заходи (хірургічні втручання, діагностичні та лікувальні, лікарсько-медичні маніпуляції), котрі зумовили летальний кінець внаслідок побічних реакцій чи ускладнень, що розвинулися під час них та виявилися причиною смерті.

Якщо у хворого, госпіталізованого у зв'язку з одним захворюванням, в стаціонарі виникло нове (як правило, гостре), що викликало смерть само по собі чи в результаті свого ускладнення, то це захворювання слід вважати основним.

Якщо у хворого було декілька захворювань, що знаходились між собою в етіопатогенетичному зв'язку чи розвивались незалежно одне від

одного, але вплинули через патофізіологічні механізми на виникнення летального наслідку, вони вказуються в рубриці основного захворювання, яке при цьому називається комбінованим. Комбіноване основне захворювання може включати:

- два та більше самостійних конкуруючих захворювань;
- два та більше самостійних супровідних захворювань;
- два захворювання, одне з яких є пізнім наслідком другого (“друга хвороба”).

У зазначених випадках кожна нозологічна одиниця в рубриці основного захворювання записується в порядку значення та виділяється арабськими цифрами – 1,2,3... .

Примітка: конкуруючими захворюваннями вважаються нозологічні одиниці, кожна з яких сама по собі чи через свої ускладнення могла призвести до смертельного наслідку.

Супровідними вважаються такі захворювання, які тільки в даному поєднанні, в силу негативного впливу їх на організм хворого, призвели його до смерті.

Фоновими вважаються захворювання, котрі зіграли суттєву роль у виникненні чи несприятливому перебігові іншого (основного) захворювання, яке стало причиною смерті.

“Другою” хворобою вважається захворювання, що втратило з часом зв’язок з тим захворюванням, яке його викликало, та отримало самостійне клінічне значення. Виносячи “другу” хворобу в основу діагнозу, в рубриці основного захворювання слід вказувати нозологічну одиницю, з якою ця хвороба має патогенетичний зв’язок.

У випадку смерті хворого внаслідок побічних реакцій чи ускладнень медичних заходів, що проводились у зв’язку з яким-небудь захворюванням, останні також вказуються в рубриці основного захворювання.

Після зазначення нозологічної форми основного захворювання необхідно перерахувати його найбільш виражені морфологічні прояви, форму та стадію розвитку.

У рубрику основного захворювання заносяться також всі оперативні втручання, що виконувались у зв’язку з ним, із зазначенням їх дати, способу та модифікації виконання.

Якщо хворому проводилась біопсія, то вказується діагноз, встановлений на основі гістологічного дослідження, а також дата та номер цього дослідження.

Ускладненнями основного захворювання (оперативного втручання, медичної маніпуляції) є також патологічний процес, синдром, нозологічна

одиниця, які з ним пов'язані патогенетично (безпосередньо чи посередньо) та погіршили його клінічний перебіг.

Ускладнення вказуються в хронологічній послідовності з врахуванням їхнього взаємного зв'язку.

Якщо в зв'язку з ускладненням виконувались якісь операції чи такі складні лікарські втручання, як гемодіаліз, гемосорбція та ін., то вони мають бути вказані в рубриці ускладнень.

Супровідними вважаються захворювання, які етіологічно та патогенетично не пов'язані з основним захворюванням та не мали важливого впливу на смертельний наслідок.

У патологоанатомічному епікризі відображаються результати клініко-анатомічного аналізу, проведеного під час розтину та при порівнянні посмертного клінічного та патологоанатомічного діагнозів захворювання. Патологоанатомічний епікриз не повинен бути простим переліком клінічних та патологоанатомічних даних. У лаконічній формі в ньому слід вказати, чим хворів хворий, в яких патогенетичних зв'язках знаходяться виявлені в нього захворювання та патологічні процеси, чому неефективним було лікування, які безпосередньо причини та механізм смерті. Ступінь відображення цих питань в патологоанатомічному епікризі в конкретних випадках може бути різним.

Безпосередньою причиною смерті вважається патологічна реакція, процес, синдром, нозологічна одиниця, які призвели до незворотних змін у функціях життєво важливих органів. Безпосередньою причиною смерті може бути як основне захворювання, так і його ускладнення (крововтрата, шок, пневмонія, перитоніт та ін.).

Зіставлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів проводиться як по основному захворюванню, так і по його ускладненнях, супровідних захворюваннях.

Виписка з протоколу патологоанатомічного дослідження, включаючи патологоанатомічний діагноз, патологоанатомічний епікриз із даними співставлення прижиттєвого та патологоанатомічного діагнозів, оформляється машинописно та підшивається до історії хвороби.

Протокол патологоанатомічного дослідження підписує патологоанатом, що виконував розтин; перевіряє та візує завідуючий патологоанатомічним відділенням чи начальник патологоанатомічного бюро.

Крім підписів, у протоколі повинні бути розбірливо зазначені їхні прізвища.

Перший примірник машинописно оформленого протоколу патологоанатомічного дослідження постійно зберігається в патологоанатомічному бюро (відділенні).

## II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ

1. Структура і логіка клінічного та патологоанатомічного діагностів.
2. Поняття про основне захворювання.
3. Поняття про ускладнення основного захворювання.
4. Поняття про супровідні захворювання.
5. Поняття про комбіноване основне захворювання.
6. Поняття про конкуруючі захворювання.
7. Поняття про поєднані та фонові захворювання.
8. Поняття про безпосередню причину смерті.
9. Міжнародна класифікація та номенклатура захворювань.
10. Особливості формулювання діагнозу при наявності оперативного втручання, лікарські помилки та неправильні дії.
11. Порівняння клінічного та патологоанатомічного діагностів.
12. Правила оформлення лікарського свідоцтва про смерть.
13. Поняття про “кінцеве”, “попереднє”, “на заміну попереднього” свідоцтва про смерть.
14. Особливості заповнення першої частини п. 7 з виділенням підпунктів а, б, в і заповнення другої частини п. 7.
15. Особливості заповнення лікарського свідоцтва про смерть в акушерсько-гінекологічній практиці.

## III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ

Розв’язати 10 ситуаційних задач, запропонованих викладачем.

### Ситуаційні задачі

1. У лікарню доставлено хвору Я., 70 років, з приводу раку шлунка. При перевезенні хворої в рентгенологічний кабінет вона раптово померла. На секції виявлено рак шлунка та численні метастази, інфаркт міокарда, розрив міокарда, гемоперикардіум. Яке захворювання слід вважати основним, яке супровідним? Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

2. На секції трупа померлого чоловіка виявлено ознаки уремії на ґрунті хронічного гломерулонефриту, генералізований атеросклероз всіх артерій, рак нижньої губи в початковій стадії інвазивного росту.

Які захворювання віднести до категорії основного, супровідного? Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

3. Після розтину померлого Р., 80 років, виставлено такий патологоанатомічний діагноз: основне захворювання – загальний атеросклероз, атеросклероз аорти, судин головного мозку, коронарних судин, кардіосклероз, гіпертрофія лівого шлуночка серця (1,6 см). Ускладнення основного захворювання – сіре розм'якшення головного мозку в лівій лобній долі, венозне повнокрів'я внутрішніх органів. Супровідні захворювання: хронічний бронхіт. У чому полягає помилка патологоанатома при постановці діагнозу?

4. Під час автопсії виявлено гіпертрофію лівого шлуночка серця, первинно зморщену нирку, крововилив у праву скронеvu ділянку головного мозку, набряк мозку, аденому простати. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

5. Під час секції виявлено склероз клапанів серця, поліпозно-виразковий вальвуліт аортального клапана з його перфорацією, інфаркт селезінки, нирок, хронічний бронхіт, атеросклероз аорти. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз.

6. Під час автопсії виявлено склероз, деформацію і зростання стулок мітрального клапана, гіпертрофію правого передсердя і правого шлуночка серця, буру індурацію легень, ціанотичну індурацію нирок, селезінки, мускатну печінку, асцит, гідроторакс, анасарку, хронічну виразку шлунка, атеросклероз аорти. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

7. Під час автопсії померлого виявлено гіпертрофію лівого шлуночка серця, вторинно зморщену нирку, фібринозний перикардит, фібринозну дрібновогнищеву бронхопневмонію, набряк легень, серозний трахеїт, серозно-геморагічний ентерит, камені жовчного міхура, злуки в черевній порожнині. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

8. Під час автопсії виявлено наявність крові в порожнині шлунка, тонкої кишки, блідість тканин внутрішніх органів, хронічну туберкульозну каверну в ділянці верхівки правої легені, пневмосклероз, гіпертрофію правого шлуночка серця, зменшення розмірів печінки з її деформацією, великими ділянками сполучної тканини і дрібними вузликами регенерації, розширення вен стравоходу, атеросклероз аорти.

Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

9. Під час секції патологоанатом виявив таку картину: гангренозний апендицит, з приводу якого було зроблено операцію – апендектомію; гнійний ексудат між петлями кишок, абсцес печінки, неспроможність кукси апендикса, перелом 4-5-6-7 ребер з правого боку і 3-4 – з лівого. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

10. Під час секції виявлено атеросклероз коронарних судин, дрібновогнищевий дифузний кардіосклероз, атеросклероз черевного відділу аорти і мезентеріальних артерій, тромбоз верхньої мезентеріальної артерії, гангрену тонкої кишки, розлитий перитоніт, жирову дистрофію печінки. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

11. Під час автопсії померлого М., 47 років, виявлено такі морфологічні зміни: фібринозно-геморагічний трахеобронхіт, коліт, фібринозний перикардит, гіперплазію селезінки, набряк легень, головного мозку, вдавлення мигдаликів мозочка в великий потиличний отвір, камені в жовчному міхурі, хронічний гломерулонефрит, атеросклероз аорти і коронарних судин, атеросклеротичний кардіосклероз. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

12. Під час секції померлої Л., 42 роки, патологоанатом виявив такі зміни: ерозивний гастрит, асцит, двобічний гідроторакс, застійне повнокрів'я нирок, ціанотичну індурацію селезінки, буру індурацію легень, геморагічний інфаркт нижньої частки правої легені, мускатний цироз печінки, атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертрофію стінок правого і лівого шлуночків серця з розширенням їх порожнин, ревматичну ваду серця; склероз мітрального і аортального клапанів з їх недостатністю і стенозом антрівентрикулярного і аортального отворів, фібринозні бородавки на клапанах. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

13. Під час секції померлої, яка лікувалася у гінекологічному відділенні, виявлено такі морфологічні зміни: атеросклероз аорти, інфантильну матку, атрофію, склероз яєчників і маткових труб, субсерозну фіброміому матки, вроджену стриктуру сечоводів, двобічний



гідронефроз із вакантним розростанням жирової клітковини навколо мисок нирок, хронічний бронхіт, дифузний пневмосклероз, емфізему легень, хронічне легеневе серце, загальне венозне повнокрів'я, мускатну печінку, червоні обтурувальні тромби вен лівої гомілки, тромбоемболію головного стовбура легеневої артерії, інфаркт легень у нижніх частках. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

14. Після секції померлої Н., 58 років, був виставлений такий діагноз: основне захворювання – атеросклероз аорти, судин головного мозку і серця. Ускладнення основного захворювання: помірна гіпертрофія стінки лівого шлуночка, фібринозний перикардит, набряк м'якої мозкової оболонки, речовини головного мозку. Супровідні захворювання: хронічний дифузний гломерулонефрит з переходом у вторинно зморщену нирку, гастрит, фібринозний коліт, фібринозний плеврит, асцит, виснаження. Ревматоїдний поліартрит з деформацією кистей і стоп. Субсерозна фіброміома матки. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

15. Після секції померлого К., 24 роки, був виставлений такий діагноз: основне захворювання – атеросклероз коронарних судин, атеросклеротичний кардіосклероз, вогнища ішемії і дистрофії міокардіоцитів, субепікардіальні крововиливи. Ускладнення основного захворювання: набряк легень, крововиливи в ділянці хвоста підшлункової залози. Супровідні захворювання: виразково-петрифікуючий атеросклероз аорти, пристінкові тромби аорти, хронічний бронхіт, полікістоз нирок. Вкажіть допущені помилки при формулюванні патологоанатомічного діагнозу. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

16. Після секції померлої Н., 57 років, було виставлено такий діагноз: основне захворювання – розсіяний склероз (церебральна форма), набряк і потовщення м'яких мозкових оболонок. Ускладнення основного захворювання: дистрофічні зміни в паренхіматозних органах. Кахексія. Супровідні захворювання: двобічний хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз легень з ацинозно-нодозною дисимінацією, ліпідоз аорти. Проаналізуйте такий діагноз, вкажіть на допущені помилки. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

17. Після секції померлої Л., 31 рік, було поставлено такий діагноз: основне захворювання – субсерозна фіброміома матки, гіперплазія селезінки. Ускладнення основного захворювання: позаматкова вагітність, розрив ампулярної частини правої маткової труби. Внутрішня кровотеча. Анемія внутрішніх органів, набряк легень. Вкажіть на допущені помилки при формулюванні діагнозу. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

18. Хворому під час діагностичної бронхоскопії було пошкоджено стінку правого головного бронха і парієтальну плевру, внаслідок чого виник правобічний пневмоторакс і медіастинальна емфізема. Для ліквідації вказаних патологічних змін проведено операцію з дренуванням плевральної порожнини, зашиванням розриву правого головного бронха, правобічну білобектомію. Після операції у хворого виникли двобічна аспіраційна пневмонія, набряк головного мозку, вдавлювання мигдаликів у великий потиличний отвір. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

19. Під час автопсії померлого від білої гарячки алкоголіка виявлено ознаки гіпертрофії лівого шлуночка серця, дрібновузликового цирозу печінки, атрофії головного мозку, помірної внутрішньої гідроцефалії, кахексії, загального венозного повнокрів'я, лівобічної крупозної пневмонії з фіброзним плевритом, значні дистрофічні зміни в паренхіматозних органах. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

20. Під час автопсії померлого М., 48 років, виявлені такі зміни: емфізема легень, атеросклеротичний нефросклероз, стенозуючий атеросклероз коронарних артерій, тромбоз лівої вінцевої артерії серця, трансмуральний інфаркт лівого шлуночка, розшарувальний розрив міокарда, тампонада перикарда. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

21. Хворому К., 38 років, зроблено апендектомію 25.07.1993 р. з приводу флегмонозно-гангренозного апендициту. На третій день після операції розійшлися шви кукси апендикса, розвинулись перитоніт і гіпостатична пневмонія. Під час секції у померлого знайдено ще, крім вищезгаданої патології, виразково-петрифікуючий атеросклероз аорти, стенозуючий атеросклероз коронарних судин і артерій головного

мозку. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське посвідчення про смерть.

22. У хворого С., 50 років, котрий хворів раком тіла і голівки підшлункової залози, розвинулась механічна жовтяниця, гнійний ангіохоліт з абсцедуванням. Була проведена операція 16.03.1993 р. з дрениванням жовчного міхура. Під час секції у померлого виявлено гнійно-жовчний перитоніт, піддіафрагмальний абсцес, розплавлення сухожилкового центру правого купола діафрагми, правобічний піоторакс із компресійним ателектазом правої легені, паренхіматозну дистрофію внутрішніх органів, метастази раку підшлункової залози в печінку. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

23. Під час секції померлого С., 43 роки, виявлено атеросклероз коронарних судин, атеросклеротичний кардіосклероз, атеросклероз аорти, хронічну виразку дванадцятипалої кишки зі стенозом і порушенням евакуаторної функції шлунка, виснаження, аспірацію шлункового вмісту в трахею, бронхи, гнійну аспіраційну пневмонію, дистрофію в паренхіматозних органах. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

24. Під час секції померлого Ф., 56 років, виявлено таку патологію: кардіосклероз із помірною гіпертрофією стінки шлуночка серця, інфаркт міокарда в ділянці лівого шлуночка з міомалациєю і розривом стінки, тампонаду перикарда, застійне повнокрів'я селезінки, легень, нирок, мускатну печінку, двобічний гідроторакс, набряк м'якої мозкової оболонки, атеросклероз із переважним кальцинозом вінцевих артерій серця і ліпосклероз судин основи головного мозку. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

25. Під час секції померлого К., 62 роки, виявлено хронічний бронхіт, дифузний пневмосклероз, бронхоектази, емфізему легень, хронічне легеневе серце, венозне повнокрів'я внутрішніх органів, атеросклероз аорти, коронарних артерій, судин головного мозку, субдуральну гематому в правій півкулі мозку з компресією тканин. Набряк м'якої мозкової оболонки. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

26. Під час секції померлої С., 52 роки, виявлено аскаридоз, атеросклероз аорти і коронарних судин, атеросклеротичний кардіосклероз,

двобічний геморагічний плеврит і перикардит, численні геморагічні інфаркти легень, асцит, набряки нижніх кінцівок, мускатну печінку, виснаження, вузликівий рак периферичного бронха правої легені з метастазами в плевру, бронхіальні і шийні лімфатичні вузли і печінку. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

27. У хворої, котра перебувала на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні, де 27.03.1993 р. було проведено надвагінальну ампутацію матки з придатками з приводу текоми яєчника, а 4.04.1993 р. операцію із розширення рани лівої здухвинної ділянки, виявлено пошкодження стінки сечового міхура та стінки сигмоподібної кишки. Відновлення цілісності сечового міхура і кишки. Під час розтину померлої виявлено розлитий гнійний перитоніт, численні абсцеси між петлями кишечника, васкуліт гілок мезентеріальних артерій з їх тромбозом, геморагічні інфаркти кишечника, двобічну нижньочасточкову бронхопневмонію, некротичний нефроз, набряк легень, паренхіматозну дистрофію міокарда, печінки. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

28. Під час секції померлої від дерматоміозиту виявлено анасарку, повнокрів'я внутрішніх органів, набряк головного мозку і легень, правобічну дрібновогнищеву бронхопневмонію. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

29. Під час секції померлого К., 36 років, виявлено геморагічний енцефаліт з набряком головного мозку, вдавлення мигдаликів мозочка у великий потиличний отвір, геморагічний трахеобронхіт, геморагічну середньо- і нижньочасточкову зливну пневмонію, дистрофічні зміни в печінці, нирках, міокарді, розширення порожнин серця. При бактеріологічному дослідженні висіяно вірус грипу типу А. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

30. Після операції померлого Л., 49 років, був виставлений такий діагноз: основне захворювання – амілоїдоз нирок. Ускладнення основного захворювання – периферичні та порожнинні набряки. Супровідні захворювання – атрофічний гастрит, фіброзно-кавернозний туберкульоз легень із вогнищами зливної казеозної пневмонії в нижніх частках і продуктивними ацинозними інодозними вогнищами, облітерація плевральних порожнин, пневмосклероз, емфізема легень, хронічне

легеневе серце, атеросклероз аорти. Проаналізуйте такий діагноз. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

31. Хворий К., 42 роки, котрий протягом 6 років хворів патологією нирок (хронічний дифузний гломерулонефрит), помер від крововиливу в головний мозок. На секції виявлено вторинно зморщену нирку, гіпертрофію стінки лівого шлуночка до 2,5 см, набряк головного мозку, легень, крововиливи в ділянці правих медіальних вузлів головного мозку з проривом у бокові шлуночки. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

32. Хворий С., 16 років. Для діагностики вади серця проводили катетеризацію підключичної вени. Під час її проведення наступила смерть від гострої серцевої недостатності. На секції виявлено комбіновану ваду мітрального клапана, міжшлуночкової перетинки, перфоративний отвір у стінці правого шлуночка в діаметрі до 0,3 см, в порожнині осердя 600 мл інфузійної рідини, набряк легень. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

33. Після секції померлого Ю., 49 років, встановлено такий діагноз: основне захворювання – виразково-петрифікуючий атеросклероз коронарних судин. Ускладнення основного захворювання – атеросклеротичний кардіосклероз, декомпенсація легеневого серця, відносна недостатність тристулкового клапана, периферичні і порожнинні набряки (асцит, гідроперикардіум, гідроторакс), мускатний цироз печінки, венозне повнокрів'я внутрішніх органів. Супровідні захворювання – циротичний туберкульоз легень, емфізема легень. Проаналізуйте наведений приклад і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

34. Під час секції померлого Л., 56 років, виявлено: атеросклероз аорти і коронарних судин серця, помірний кардіосклероз, лівобічна крупозна пневмонія з переходом в абсцедування, фібринозно-гнійний плеврит, дистрофічні зміни в печінці, нирках, міокарді, гіпертрофія передміхурової залози. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

35. Після секції померлого Н., 48 років, який перебував на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні, було виставлено такий

діагноз: основне захворювання – хронічний алкоголізм: атрофія головного мозку, внутрішня гідроцефалія, склероз м'яких мозкових оболонок, значні дистрофічні зміни гангліозних клітин мозку, стеатоз печінки. Ускладнення головного захворювання – набряк і набухання речовин головного мозку і його оболонок. Супровідні захворювання – ішемічна хвороба серця; стенозуювальний атеросклероз коронарних артерій, інфаркт задньої стінки лівого шлуночка серця, загальне венозне повнокрів'я, набряк легень. Проаналізуйте наведений приклад і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

36. Хворий Л., 47 років, який тривалий час вживав алкоголь у великих дозах, лікувався в психіатричній клініці, помер раптово. На секції виявлені такі патологоанатомічні зміни: склероз м'яких мозкових оболонок, дистрофічні зміни в гангліозних клітинах головного мозку, стеатоз печінки, дистрофічні зміни в міокарді, нирках; набряк і набухання речовини головного мозку, внутрішня гідроцефалія, двобічна, переважно нижньочасточкова великовогнищева гнійна бронхопневмонія. Гліобластома з руйнуванням правої лобної ділянки з проростанням у праві базальні вузли і ніжки мозку, ствольову частину мозку. Проаналізуйте наведені морфологічні зміни і сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

37. Хвора, котрій в гінекологічному відділенні було зроблено аборт, померла через 3 місяці в нейрохірургічному відділенні від набряку головного мозку, що розвинувся на фоні пухлини головного мозку. Виставлено патологоанатомічний діагноз: основне захворювання – ревматична вада серця: склероз і недостатність мітрального клапана. Ускладнення основного захворювання – венозне повнокрів'я внутрішніх органів, мускатна печінка, ціанотична індурація нирки, селезінки, набряк мозкових оболонок. Супровідні захворювання: хоріонепітеліома матки, метастаз хоріонепітеліоми в головний мозок і легені, сіре розм'якшення лівої півкулі. Проаналізуйте цей випадок і сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

38. Під час секції померлої К., 48 років, котра лікувалась у психіатричній клініці і раптово померла, виявлено таку картину: вроджений стеноз сечоводів, двобічний гідронефроз, гіпертонічна хвороба, гіпертрофія стінки лівого шлуночка серця, субсерозна фібролейоміома

матки, тривожно-депресивний синдром (за клінічними даними), хронічний бронхіт, бронхосклероз, сітчастий пневмосклероз, емфізема легень, хронічне легеневе серце, загальне венозне повнокрів'я, мускатна печінка, набряк ніг, застійний тромбоз вен лівої ноги, тромбоемболія легеневого стовбура і розгалужень вен легеневої артерії, геморагічні інфаркти легень. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

39. Під час секції померлої Н., 28 років, котра безуспішно лікувалася в терапевтичному відділенні районної лікарні, виявлено такі зміни: гідроперикард (150 мл), гідроторакс (400 мл), асцит (700 мл), гіпертрофія міокарда, кардіофіброз, геморагічний інфаркт правої легені, загальний ціаноз, атрофічна мускатна печінка, застійна індурація нирок і селезінки, бура індурація легень, ревматичний міокардит (наявність гранул Ашоф-Талалаєва), поворотний бородавчастий ендокардит двостулкового клапана, стеноз лівого атріовентрикулярного отвору, недостатність тристулкового клапана. Проаналізуйте цей випадок і сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

40. Під час секції померлого, 63 років, виявлено такі морфологічні зміни: виразковий і петрифікуючий атеросклероз аорти, фіброзно-кавернозний туберкульоз легені, емфізема легень, пневмосклероз, легеневе серце, гостра аневризма стінки лівого шлуночка серця, розрив аневризми, гемоперикард (250 мл), загальне венозне повнокрів'я, мускатна печінка, ціанотична індурація нирок і селезінки, гідроторакс, стенозуючий коронаросклероз (стеноз 75 % просвіту), дифузний кардіосклероз, трансмуральний інфаркт стінки лівого шлуночка. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

41. Хворий П., 76 років, поступив у клініку з явищами вираженої недоумкуватості. За 8 днів до смерті підвищилася температура, з'явилися ознаки менінгіту. На секції виявлено такі морфологічні зміни: виразковий і петрифікуючий атеросклероз аорти, судин головного мозку, стенозуючий коронаросклероз (звуження до 75 % просвіту), дифузний кардіосклероз, загальне венозне повнокрів'я, хронічний бронхіт, циліндричні бронхоектази з нагноєнням, двобічна гнійна бронхопневмонія, менінгіт, набряк мозку, вклинення мигдаликів мозочка у великий потиличний отвір. Проаналізуйте цей випадок і

сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

42. Хвора Г., 66 років, поступила в неврологічну клініку зі скаргами на відчуття заніміння в правих кінцівках, з мозковою симптоматикою. Було поставлено діагноз: ішемічний інфаркт у басейні вертебро-базиллярної артерії на ґрунті загального атеросклерозу. Смерть наступила раптово. На секції виявлено морфологічні дані, котрі підтвердили клінічний діагноз, але, крім того, було знайдено хронічний тромбофлебіт і варикозне розширення вен гомілок, стегон, тромбоемболія легеневого стовбура і гілок легеневої артерії, численні геморагічні інфаркти легень, двобічний фібринозний плеврит. Проаналізуйте цей випадок і сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

43. У хірургічному відділенні помер хворий Л., 42 роки, від двобічної бронхопневмонії, котра розвинулась після апендектомії з дренуванням черевної порожнини і єюностомією, 8.08.1992 р. з приводу гангренозного апендициту. На секції виявлено розлитий перитоніт, двобічну нижньочасточкову великовогнищеву бронхопневмонію, дистрофічні зміни в паренхіматозних органах, виразковий і петрифікуючий атеросклероз аорти, стенозуючий – мозкових артерій та коронарних судин серця. Проаналізуйте цей випадок і сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

44. У гінекологічному відділенні померла жінка, 42 роки, з ознаками черевної патології. На секції виявлено субсерозну фібролейоміому матки, правобічну ампулярну трубну вагітність, розрив маткової труби, гемоперитонеум (2000 мл), блідість слизових оболонок, малокрів'я внутрішніх органів, дрібні петехіальні крововиливи у вісцеральних листках плеври. Точкові крововиливи в епікарді. На основі наведених даних сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

45. У неврологічному відділенні померла хвора, 46 років, при наростанні стовбурової симптоматики. На секції виявлено: набряк і набухання головного мозку, гліобластоми в ділянці підкоркових вузлів правої півкулі головного мозку, розм'якшення тканини пухлини з проривом некротичних мас в просвіт правого бокового шлуночка, біле розм'якшення головного мозку навколо пухлини, а також в стовбуровій ділянці чортиригорбкового тіла. На основі наведених даних



сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

46. У жінки 34 років, котра хворіла гіпертонічною хворобою, нефропатією, третя вагітність закінчилася передчасними пологами недоношеним плодом з ознаками внутрішньоутробної асфіксії. Сформулюйте причину смерті. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

47. На секцію доставлено плід вагою 4,900 кг з родовою травмою головного мозку. З історії пологів відомо, що останні закінчились вакуумекстракцією через слабкість родової діяльності і невідповідність розмірів таза та плода. Термін вагітності: 42 тижні. На розтині виявлено розрив намету мозочка і субдуральний крововилив. Заповніть лікарське свідоцтво про смерть.

48. Дитина віком 3 місяці з численними вадами розвитку нервової системи помирає від двобічної дрібновогнищевої пневмонії. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

49. У пульмонологічному відділенні померла хвора А., 54 роки, від прогресуючої правошлуночкової серцевої недостатності. На секції виявлено: численні бронхоектази правого бронха, котрі виповнені серозно-гнійним вмістом, дифузний перибронхіальний пневмосклероз, в стінці лівого шлуночка знайдено велику (2,0x1,5 см) ділянку заміщення серцевого м'яза сполучною тканиною, правий шлуночок різко розтягнутий, серцевий м'яз в'ялий, коричневого кольору; у внутрішніх органах венозне повнокрів'я, мускатна печінка, ціанотична індурація селезінки, набряки на нижніх кінцівках. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

50. Хвора К., 39 років, тривалий час лікувалась з приводу гіпертонічної хвороби. Поступила в неврологічне відділення з ознаками мозкової патології, через 3 год померла від гострої серцевої недостатності. На секції виявлено ознаки гіпертонічної хвороби (товщина стінки лівого шлуночка 2,5 см – первинно зморщена нирка), крововиливи у варолієв міст у вигляді гематом, розмірами 2,0x1,2 см, набряк головного мозку, набряк легень. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз. Випишіть лікарське свідоцтво про смерть.

#### **IV. ОБГОВОРЕННЯ ПИСЬМОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

## Заняття № 3

### Розтин померлого у випадку смерті від недуг терапевтичного профілю

**Мотивація:** за положенням наказу № 81 МОЗ України трупи померлих у стаціонарах лікувальних закладів підлягають патологоанатомічному розтину. Слід пам'ятати, що діагностика хвороб в їх сучасному номенклатурному (нозологічному) визначенні є обов'язковою як для патологоанатома, так і для клініциста. У процесі розтину з метою поглибленого аналізу хвороби проводяться клініко-анатомічні паралелі, що є сумісною роботою клініциста і патологоанатома. Отже, кожен лікар повинен володіти цими навиками.

**Мета:** вивчити особливості та методику проведення розтину та оформлення патологоанатомічної документації у випадках смерті, пов'язаної з терапевтичною патологією.

**Завдання.** *Знати* основні принципи техніки проведення розтину.

*Навчитись* визначати морфологічні прояви хвороб та ускладнень у терапевтичній практиці.

*Вміти* проводити клініко-анатомічний аналіз у конкретному випадку смерті від захворювання терапевтичного профілю, формулювати патологоанатомічний діагноз, виписувати лікарське свідоцтво про смерть, шифрувати за МКХ Х-го перегляду при основних терапевтичних нозологіях.

### Оснащення заняття

1. Протокол розтину.
2. Лікарське свідоцтво про смерть.
3. МКХ-Х.
4. Додаток Ж (Положення про порядок розтину трупів у лікувально-профілактичних закладах) до наказу № 81.
5. Секційний набір для розтину померлого.
6. Тіло покійника, карта стаціонарного хворого, котрий помер.
7. Навчальні протоколи розтину.

## **I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

### **1. Повторити зміст додатка В до наказу № 81 МОЗ України.**

### **2. Вивчити зміст додатка Ж до наказу №81 МОЗ України.**

Зміст додатка Ж до наказу №81 МОЗ України

### **П О Л О Ж Е Н Н Я**

#### **про порядок розтину трупів у лікувально-профілактичних закладах**

*Всі трупи померлих хворих у лікувально-профілактичних закладах, як правило, підлягають розтину. Головному лікарю, начальнику патолого-анатомічного бюро належить право відміни розтину тільки в надзвичайних випадках. Про відміну розтину головний лікар, начальник патолого-анатомічного бюро дає письмову вказівку в карті стаціонарного хворого з обґрунтуванням причин відміни розтину. Спірні питання щодо розтину трупів вирішуються головним патологоанатомом області (міста). Терміновий розтин трупів дозволяється проводити відразу ж після встановлення лікарями лікувального закладу біологічної смерті; розтин у плановому порядку (впорядкований розтин) проводиться після представлення карти стаціонарного хворого або медичної карти амбулаторного хворого з візою головного лікаря чи його заступника з медичної частини про направлення на патологоанатомічний розтин. Медична документація на померлих з різних лікарень доставляється в патологоанатомічне бюро (відділення) разом з трупом померлого. Медичні карти стаціонарних хворих, померлих у другій половині попередньої доби, передаються в патологоанатомічне бюро, патологоанатомічне відділення лікарні не пізніше 9-ої год ранку. Медична карта стаціонарного хворого з внесеним в неї патологоанатомічним діагнозом не пізніше 5-7 діб після розтину передається в медичний архів лікарні. Карта може бути затримана на більш тривалій строк тільки за спеціальним дозволом керівництва лікарні.*

*Відміна розтину не дозволяється:*

- а) у випадках смерті хворих, які пробули в лікувально-профілактичному закладі менше доби;*
- б) у випадках, які потребують судово-медичного дослідження;*
- в) при інфекційних хворобах та підозрі на них;*
- г) в усіх випадках неясного прижиттєвого діагнозу (незалежно від строку перебування в лікувальному закладі);*

д) у випадках смерті в лікувально-профілактичному закладі після діагностичних інструментальних досліджень, проведення лікувальних заходів під час або після операції, переливання крові, неврахування індивідуальної непереносимості лікувальних препаратів тощо. Трупні померлих, особи яких не встановлені, за розпорядженням головного лікаря передаються для судово-медичного розтину.

Якщо смерть настала від механічних ушкоджень, отруєння, механічної асфіксії, дії крайніх температур, електрики, після штучного абортів, проведеного поза лікувальним закладом, насильницьких дій за умов, коли є свідчення про можливість одної з цих причин смерті, головний лікар лікарні в установленому порядку проводить направлення трупа на судово-медичний розтин незалежно від часу перебування хворого в лікувальному закладі.

Про кожний подібний випадок у лікарні головний (черговий) лікар лікарні зобов'язаний повідомити органи прокуратури чи міліції.

Якщо свідчення про одну з причин, перерахованих вище, виявляються при патологоанатомічному розтині, то розтин припиняється. Лікар, що проводить розтин, вживає заходи щодо збереження трупа, всіх його тканин для подальшого судово-медичного дослідження. На виконану частину патологоанатомічного дослідження складається протокол, в кінці якого обґрунтовується причина для виконання судово-медичного розтину.

Про кожний випадок припиненого патологоанатомічного розтину лікар відразу ж зобов'язаний інформувати головного лікаря, який негайно повідомляє про це прокуратуру чи районне відділення міліції і чекає розпорядження прокурора або органів міліції. Судово-медичний розтин трупів осіб, що померли в лікувальних закладах, може проводитися в приміщенні патологоанатомічного відділення даного лікувального закладу штатними судово-медичними експертами або лікарем, призначеним для цього органами прокуратури.

У випадку первинного виявлення під час розтину гострого інфекційного захворювання чи при підозрі на нього патологоанатом зобов'язаний інформувати про це головного лікаря лікувального закладу та послати термінове повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, загально-професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення (ф. № 058у) в СЕС за місцем проживання хворого.

З метою досконалого контролю за якістю діагностики та лікування хворих амбулаторної мережі можуть проводитись патологоанатомічні розтини померлих вдома у таких випадках:

померлих хворих віком до 50 років, що раптово померли вдома з неясним генезом смерті (при обов'язковому виключенні насильницької смерті),

знаходились на обліку територіальних поліклінік з підозрою на гостру ішемічну хворобу серця, цереброваскулярну хворобу, новоутворення, гостре захворювання органів дихання.

Доставка померлих амбулаторних хворих в патологоанатомічне бюро (відділення) проводиться автотранспортом лікувально-профілактичного закладу.

Разом з тілом померлого повинна направлятись амбулаторна карта з поглибленим епікризом, із висновком основного клінічного діагнозу, ускладнень, супровідної патології та основної причини смерті. На лицьовій стороні амбулаторної карти повинен бути запис головного лікаря (заступника) територіальної поліклініки – “На розтин” та підпис. Це є замовленням для підрозділів патологоанатомічної служби на виконання розтину.

### **3. Вивчити структуру протоколу розтину.**

#### **4. Вивчити структуру клініко-анатомічного епікризу.**

У клініко-патологоанатомічному епікризі треба відобразити такі аспекти:

1. Чим хворів померлий?
2. Як перебігало захворювання?
3. Якою мірою (частково чи повністю) відображені в клінічному діагнозі патологоанатомічні зміни, виявлені на секції?
4. Причини розходження клінічного і патологоанатомічного діагнозів.
5. Який вплив мала помилковість прижиттєвої діагностики (якщо таке мало місце) на наслідок захворювання?
6. Що можна вважати безпосередньою причиною смерті?

#### **Схема клініко-патологоанатомічного епікризу**

Клініко-патологоанатомічний епікриз складається з двох частин: клінічної і патологоанатомічної. У першій викладають дані клініки, де коротко дають характеристику захворюванню, його перебігу, в другій – оцінку патологоанатомічним змінам і їх порівняння з даними клініки. На початку епікризу вказуються прізвище, ім'я, по батькові, стать і вік померлого (померлої). Далі вказують час перебування в стаціонарі.

“Петренко Н.І., чоловічої статі, 55 років, який перебував у другому легеневому відділенні ТОТД 41 л/д, був госпіталізований з приводу

загострення хронічної пневмонії. Хворіє останні чотири роки, періодично лікувався в умовах стаціонару. Останнє загострення захворювання супроводжувалось значною недостатністю серцевої діяльності. В стаціонарі хворому проводили симптоматичне і патогенетичне лікування. Однак значного покращання загального стану не було. 12.02.1979 р. у хворого розвинулась профузно-легенева кровотеча, під час якої настала смерть”.

Далі слідує друга частина епікризу, в якій подають загальну оцінку даних розтину в порівнянні їх із заключним клінічним діагнозом. Якщо дані розтину підтверджують останній, то патологоанатомічна частина епікризу пишуть за таким зразком:

“...патологоанатомічним розтином виявлені зміни, які знайшли своє відображення в клінічному діагнозі...”

Якщо виявлено інше захворювання, яке зумовило смерть, а отже, яке розглядається як основне захворювання в діагнозі, патологоанатомічна частина починається з констатації цієї помилки прижиттєвої діагностики.

“...патологоанатомічним розтином виявлені зміни, які не знайшли свого відображення в клінічному діагнозі. Так, при житті хворого не був розпізнаний бронхогенний рак правої легені. Проростання пухлинною тканиною стінки судини зумовило ерозивну кровотечу, яка і стала процесом, що призвів до смерті хворого. Тому між клінічним і патологоанатомічним діагнозами є деяке розходження за основним захворюванням. Причиною помилкової клінічної діагностики, напевне, є недостатнє рентгенологічне дослідження, а також відсутність цитологічного дослідження мокроти на атипові клітини. Проте на смертельний вихід страждання помилковість прижиттєвої діагностики не вплинула, оскільки хворий звернувся за допомогою на тій стадії розвитку хвороби, коли проведення радикального лікування було нездійсненним. Безпосередньою причиною смерті потрібно вважати гостру анемію внаслідок ерозивної кровотечі”.

Якщо патологоанатомічним розтином виявлені ускладнення основного захворювання, які за життя не були діагностовані, то в патологоанатомічній частині епікризу вказується:

“Патологоанатомічним розтином виявлені зміни, які знайшли в основному своє відображення в клінічному діагнозі. Проте нерозпізнаним

за життя залишилось його ускладнення. Тому між клінічним і патолого-анатомічним діагнозами є розходження з ускладнень”.

## **5. Згадати ускладнення і причини смерті основних захворювань терапевтичного профілю.**

### **II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

1. Правила і вимоги до написання протоколу патологоанатомічного розтину трупа.
2. Складові частини протоколу розтину.
3. Особливості оформлення паспортної частини протоколу розтину.
4. Особливості оформлення описової частини протоколу розтину.
5. Особливості техніки розтину трупа при терапевтичній та інфекційній патології.
6. Особливості написання патологоанатомічного діагнозу.
7. Складові компоненти патологоанатомічного діагнозу.
8. Правила написання клініко-патологоанатомічного епікризу.
9. Складові компоненти клініко-патологоанатомічного епікризу.
10. Назвати основні причини смерті хворих при серцево-судинних, ревматичних, цереброваскулярних, нефрологічних, інфекційних захворюваннях, при патології органів дихання, шлунково-кишкового тракту, ятрогеніях.

### **III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ**

1. Взяти участь у розтині трупа.
2. Обговорити клініко-анатомічні особливості конкретного випадку секції на занятті.
3. Встановити і записати патологоанатомічний діагноз, заповнити лікарське свідоцтво про смерть.
4. Розв'язати ситуаційні задачі.
5. У разі відсутності секції сформулювати і записати патологоанатомічний діагноз, клініко-патологоанатомічний епікриз і виписати лікарське свідоцтво про смерть, користуючись одним із нижченаведених протоколів розтинів.

## Задача № 1.

### **Основні дані протоколу розтину № 1 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – обласна лікарня.*

*Направлений до стаціонару – поліклінікою.*

*Відділення – 1-ше неврологічне.*

*Історія хвороби – № 914.*

*Професія – колгоспниця.*

*Поступила – 27.02.94 р.*

*Померла – 29.02.94 р. о 05-50.*

*Дата розтину – 29.02.94 р.*

*Короткі клінічні, лабораторні та інші дані досліджень. При вступі скаржилася на загальну слабкість, болі в грудній клітці, кашель з відходженням зеленого харкотиння, слабкість у нижніх кінцівках і правій руці, утруднену мову і ковтання. Страждає розсіяним склерозом протягом кількох років. Останній раз перебувала на стаціонарному лікуванні в 1992 р., два тижні тому перенесла грип. Стан прогресивно погіршувався, наростала дихальна недостатність. Мова утруднена, дизартрична, нерозбірлива. М'язовий тонус підвищений у всіх групах м'язів. Лікування ефекту не дало.*

*Діагноз направлення: розсіяний склероз.*

*Діагноз при поступленні до стаціонару: розсіяний склероз, стовбурово-спінальна форма. Двобічна вогнищева пневмонія.*

*Клінічний діагноз: основне захворювання – двобічна вогнищева бронхопневмонія.*

*Супровідне захворювання: розсіяний склероз, цереброспінальна форма.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп жінки правильної будови тіла, значно зниженого живлення. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, з синюшним відтінком. Тургор шкіри понижений. Трупне залякання виражене добре в групах м'язів рук і ніг, трупні плями зливні, синюшно-багрового кольору, розміщені на задній поверхні тулуба і кінцівок. Черевна порожнина вільна від рідини і від зрощень. Розміщення органів черевної порожнини звичайне. Листки очеревини гладкі, блискучі, бліді. Ліва плевральна порожнина облітерована на всьому протязі, ліва легеня виділяється з утрудненням*



і втратою тканини органа. В правій плеврі – спайки, листки правої плеври, осердя гладкі, блискучі, бліді. Серце розмірами 9х11х5х2,5 см, маса 250 г, порожнини його не розширені, виповнені змішаними згустками крові. Атріовентрикулярні отвори вільні, прохідні. Клапани серця і крупних судин тонкі, гладкі, блискучі. Міокард тьмяний, глинистого вигляду на розрізі. Товщина стінки правого шлуночка серця 0,3 см, лівого – 1,2 см. Інтіма аорти та інших крупних судин гладка, з окремими жовтуватими бляшками і плямами. Слизова оболонка гортані і трахеї та бронхів гіперемійована, стінка склерозована. В просвіті бронхіол містяться слизоподібні маси сірувато-жовтого кольору. Легені щільні на всьому протязі, на розрізі від верхівки до діафрагмальної поверхні тканина легень нафарширована щільними вузликами сіро-жовтого кольору, місцями у формі трилистка, бронхи виступають над поверхнею розрізу. У верхніх частинах обох легень є порожнини діаметром 4х5 см, гладкостінні, які не спадаються. Стінки таких порожнин товщиною близько 3,0 мм, сірого кольору. З внутрішнього боку порожнини містять суху крихтоподібну масу. Печінка масою 1500 г, в'ялої консистенції, жовтого кольору на розрізі, звичайної структури, жовчні шляхи вільнопрохідні, жовчний міхур містить невелику кількість темно-оливкової жовчі. Підшлункова залоза дрібночасточкова, сіро-рожевого кольору, щільна. Селезінка розмірами 12х8х4 см, в'яла, пульпа її темно-червоного кольору. Зскрібок помірний. Наднирники листкоподібної форми. Кора жовтого кольору, мозкова речовина сіро-червоного. Нирки розмірами 12х7х4 см, масою 160 г кожна. Капсула знімається легко. Поверхня нирок гладка. Тканина нирок в'ялої консистенції, тьмяна. Межа шарів чітка. Слизова оболонка сечовивідних шляхів гладка, блискуча, бліда. Матка щільна, маленька, слизова оболонка її блідо-рожевого кольору, гладка. Таких же властивостей і шийка матки. Тверда мозкова оболонка не напружена. М'які мозкові оболонки різко набряклі, потовщені. Речовина мозку набрякла. У стовбурі мозку (довгастий мозок, міст Вароля, ніжки мозку) виявляються ділянки сірого кольору типу бляшок. Епендима шлуночків мозку гладка. Ліквор прозорий.

Дані гістологічного дослідження. Головний мозок – виявлені вогнища розростання глії у вигляді бляшок, переважно поблизу судин, більша частина тканини – руйнування глії навколо провідних шляхів;

тут же розміщені зернисті шари фіолетового кольору; перицелюлярний набряк.

Нирки – тьмяне набрякання епітелію звивистих каналців.

Печінка – різко виражена дрібно- і крупнокраплинна жирова дистрофія.

Легені – повнокрів'я, місцями стаз еритроцитів у капілярах. У стромі видно численні вогнища гомогенного некрозу рожевого кольору, оточені епітеліоїдними клітинами, котрі розміщені навколо зони некрозу штахетоподібно, тут же зустрічаються і гігантські клітини типу Пирогова-Ланганса, зовні розміщена зона лімфоїдних клітин. Стінка порожнини із верхівки легень має тришарову будову: внутрішній шар – некроз, середній – грануляційна тканина, з гігантськими клітинами типу Пирогова-Ланганса, зовнішній – рубцева тканина.

#### Задача № 2

#### **Основні дані протоколу розтину № 2 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – обласна лікарня.

Направлений до стаціонару – поліклінікою.

Відділення – жіноче психіатричне.

Історія хвороби – №1526.

Вік – 83 роки.

Професія – домогосподарка, пенсіонерка.

Поступила – 7.04.90 р. о 15-00.

Померла – 9.04.90 р. о 14-00.

Дата розтину – 10.04.90 р.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження. Живе сама, хвороб у дитинстві не пам'ятає, дорослою не хворіла. Протягом двох років турбують безсоння, туга, тривога. Тиждень тому була короткочасна втрата свідомості. Постійно щось жує, відповідає на запитання по суті, орієнтується в місці і часі. Емоційність знижена, критика теж, хоча марення і галюцинацій немає. Тони серця глухі, акцент II тону на аорті, пульс напружений, АТ 170/90 мм рт. ст. Вночі 21-04 після відвідання туалету впала в коридорі. Шкіра бліда, холодний піт, ціаноз, серцева діяльність відсутня. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

Діагноз направлення: інволюційна депресія.

*Діагноз при поступленні в стаціонар: церебральний атеросклероз, тривожно-депресивний синдром.*

*Клінічний діагноз: церебральний атеросклероз, тривожно-депресивний синдром. Атеросклеротичний кардіосклероз. Інфаркт міокарда.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп жінки правильної будови тіла, задовільного живлення. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, з ціанотичним відтінком. Трупне залякання добре виражене у групах м'язів рук і ніг. Трупні плями зливні, синюшно-багряного кольору, розміщені на задній поверхні тулуба і кінцівок. Стопи і гомілки пастозні, бліді. Черевна порожнина вільна від рідини і злук, листки очеревини гладкі, блискучі, блідо-рожевого кольору. Еластичність аорти дещо знижена, судина гладка, з окремими блискучими бляшками, в центрі яких містяться вогнища руйнації. У них – кашоподібні маси, які викришуються в просвіт аорти. Слизова оболонка глотки і стравоходу в повздожніх складках, блідо-рожевого кольору. Слизова оболонка трахеї і бронхів повнокровна, блискуча. Легені дещо ущільнені, в передньо-нижніх відділах є сухі вогнища трикутної форми, темно-червоного і чорного кольорів на розрізі, основою обернені до плеври. Інші відділи легень на розрізі підвищеної повітряності, сірого кольору, роздуті, ріжуться з хрустом. Тяжкі сполучної тканини пронизують легені, утворюючи сіру сітку. Бронхіальне дерево на всьому протяжі, включаючи і дрібні розгалуження, виповнене густим слизом. Надниркові залози листкоподібної форми, мозкова речовина їх автолізована, коркова – збережена, жовтого кольору. Нирки звичайних розмірів (11х6х3 см), масою 300 г обидві, паренхіма стоншена до 1 см, межі шарів нечіткі, розмиті. Порожнини мисок і чашечок розширені, навколо них надмірно розвинута жирова тканина. Осердя вільне, гладке, блискуче, блідо-рожевого кольору. Серце розмірами 12х10х6х3 см, масою 300 г. Порожнини серця не розширені, атріовентрикулярні отвори прохідні, товщина стінки правого шлуночка серця 0,9 см, лівого – 1,5 см. Клапани серця і великих судин тонкі, гладкі, блискучі. У просвіті правого шлуночка головного стовбура легеневої артерії аж до розгалужень є тромби темно-червоного кольору. Вони закупорюють дрібні розгалуження легеневої артерії на всьому протяжі. Печінка дещо збільшена в розмірах, маса 1800 г, щільна, на розрізі з явним мускатним малюнком.*

*Жовчні шляхи прохідні, жовчний міхур містить невелику кількість темно-оливкової жовчі. Підшлункова залоза дрібночасточкова, сірого кольору. Селезінка розмірами 14x7x4,5 см, маса 220 г, в'яла, пульпа її зі значним зскрібком. Матка маленька, із субсерозно розміщеним вузлом, сіруватим, чітко окресленим, волокнистої будови, з хаотичним розміщенням волокон. Ендометрій атрофічний, яєчники у вигляді щільних горбистих тяжів. Труби Фалопія звивисті, стоншені. Поверхневі вени лівої ноги звивисті, просвіти розширені вервицеподібно. Є залишки червоних тромбів. Сечоводи значно звужені на всьому протязі (ледь пропускають тонкий зонд), особливо в гирлах. Миски значно розширені, розтягнуті прозорою сечею світло-солом'яного кольору.*

*Гістологічні дані: легені – геморагічні інфаркти, гілки легеневої артерії obtуровані червоними тромбами – хронічний бронхіт, бронхосклероз, сітчастий пневмосклероз, емфізема легень.*

*Нирки – периваскулярний та інтерстиціальний нефросклероз.*

*Пухлина матки – фібролейоміома.*

*Підшкірна вена ноги – помірна атрофія м'язових пучків і склероз. У просвіті – пристінкові тромби.*

### Задача № 3

#### **Основні дані протоколу розтину № 3 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – 1-ша міська лікарня.*

*Відділення – ортопедичне.*

*Направлений до стаціонару – бригадою швидкої допомоги.*

*Історія хвороби – № 1405.*

*Вік – 85 років.*

*Стать – жіноча.*

*Поступила – 22.02.94 р.*

*Померла – 08.03.94 р.*

*Дата розтину – 9.03.94 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Хвора доставлена в ортопедичне відділення зі скаргами на болі в ділянці лівого кульшового суглоба. Напередодні впала. У хворой спостерігають ознаки серцевої недостатності, падіння тиску. При наростанні серцево-судинної недостатності наступила смерть.*

*Клінічний діагноз: забій шийки лівого стегна. Ускладнення: серцево-судинна недостатність.*

### **Описова частина протоколу розтину**

Труп старої жінки правильної будови тіла, підвищеного живлення. Шкіра та видимі слизові бліді, з ціанотичним відтінком. Ознак травми в ділянці лівого кульшового суглоба не знайдено. Трупні плями синюшні, розташовані на задній поверхні тіла. Плевральні порожнини вільні від рідини. Плевра обох легень гладка, блискуча. Слизова оболонка гортані, трахеї, головних бронхів гладка, блискуча, в просвіті – густа мокрота. Легені децю збільшені в об'ємі, сіро-рожевого кольору, повнокровні, з поверхні стікає велика кількість пінистої серозно-геморагічної рідини. Просвіт аорти звужений за рахунок атеросклеротичних бляшок з виразкуванням та петрифікацією, особливо в черевному відділі. Коронарні артерії контурують, дуже щільні, потовщені на всьому протязі за рахунок атероматозних бляшок. Просвіт вінцевих артерій звужений до 75 %. Епікард блискучий, з помірним відкладанням жиру. Серце розмірами 12х10х6х3 см. Товщина стінки лівого шлуночка 1,3 см, правого – 0,3 см. Порожнина перикарда містить невелику кількість прозорої жовтуватої рідини. Листки перикарда гладенькі. В порожнинах серця рожево-жовті згустки крові, які вологі та еластичні. Клапани серця тонкі, блискучі та гладкі. М'яз серця в'ялий, коричневого кольору, дифузно пронизаний сіро-білими прошарками сполучної тканини. Розростання сполучної тканини особливо виражене в товщині лівого шлуночка, де воно дифузне та великовогнищеве. Порожнини серця збільшені. Стравохід не звужений. Слизова оболонка блискуча, в повздовжніх складках. Під слизовою видно розширені вени. Шлунок містить невелику кількість рідини, що нагадує кавову гушу. У слизовій оболонці численні дефекти діаметром 0,2-0,4 см, а також точкові крововиливи. Дванадцятипала кишка має звичайну будову. Печінка розмірами 22х16х8х4 см, поверхня дрібногорбиста, краї заокруглені, при пальпації тверда. На розрізі зерниста, суха, коричневого кольору, малюнок нагадує мускатний горіх. Підшлункова залоза розмірами 20х3х2 см, середньочасточкова, з прошарками жирової тканини. Селезінка розмірами 13х6х4 см, пульпа темно-вишневого кольору, зскрібок з поверхні незначний. Орган при пальпації щільний. Нирки розмірами 10х5х4 см кожна. Фіброзні капсули знімаються з утрудненням і оголюють дрібногорбисту поверхню. Паренхіма повнокровна, щільна, синюшого відтінку. Корковий

та мозковий шари мають чіткі межі. Слизова оболонка мисок та сечовивідних каналів блідо-рожевого кольору. Надниркові залози трикутної форми, межа коркового та мозкового шарів чітка. Тверда мозкова оболонка не напружена. Судини основи мозку з вервицеподібними жовтими потовщеннями. Звивини головного мозку потовщені, борозни глибокі. Спостережено симптом розкритої книги. Речовина мозку помірно повнокровна. Границя між сірою і білою речовинами чітка.

Результати гістологічного дослідження: нирки – дистрофічні зміни в епітелії, венозний застій, розростання сполучної тканини в клубочках, гіаліноз артерій.

Печінка – венозний застій, жирова дистрофія, склеротичні зміни в центральних відділах часточок.

Легеня – венозне повнокрів'я, діapedез еритроцитів у просвіт альвеол, серозний ексудат в альвеолах.

Серце – дифузний кардіосклероз, атеросклеротичні зміни артерій, венозне повнокрів'я, гіпертрофія кардіоміоцитів.

Шлунок – венозне повнокрів'я, множинні ерозії.

#### Задача №4

#### **Основні дані протоколу розтину № 4 (скорочений варіант).**

Лікувальний заклад – міська лікарня.

Відділення – терапевтичне.

Направлений до стаціонару – поліклінікою.

Історія хвороби – № 44435.

Вік – 69 років.

Професія – газозварювальник (пенсіонер).

Поступив до лікарні – 11.04.1994 р.

Помер – 17.04.1994 р.

Дата розтину – 18.04.94 р.

Коротка виписка з історії хвороби: хворий поступив зі скаргами на задишку, слабкість, ознаки дихальної та серцевої недостатності. При обстеженні було знайдено хронічну патологію в легенях, хронічну серцево-судинну патологію, з приводу чого хворого і лікували, проте стан його в стаціонарі погіршився, і з ознаками гострої серцево-легеневої недостатності наступила смерть.

Клінічний діагноз: хронічний обструктивний бронхіт у стадії загострення. Дифузний пневмосклероз. Емфізема легень.

Ускладнення: ДН II-III ст. за змішаним типом. ХЛСН II ст. Тромбоемболія легеневої артерії.

Супровідні захворювання: ІХС. Стабільна стенокардія напруження, II ст. тяжкості. Атеросклеротичний кардіосклероз. Церебральний атеросклероз. Цереброваскулярна гіпертонія.

### **Описова частина протоколу розтину**

Труп чоловіка правильної будови тіла, зниженого живлення. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, з синюшним відтінком. Трупне залякання виражене слабо. Кістки черепа цілі. Тверда мозкова оболонка дещо напружена. М'яка мозкова оболонка прозора, помірно повнокровна. Речовина мозку бліда, блискуча. Судини основи мозку вервицеподібно потовищені, звивисті. Плевральні порожнини вільні, очеревина блідо-рожевого кольору, гладка, блискуча. Слизова оболонка гортані, трахеї, бронхів блідо-рожевого кольору. В просвіті бронхів густий слиз, який obtурує дрібні бронхи. На розрізі поверхня легені з дифузними сірватими прошарками, місцями легенева паренхіма роздута. Стінки бронхів потовищені дифузно на всьому протязі, випинаються над поверхнею розрізу. При стисканні поверхні розрізу стікає піниста геморагічна рідина. В порожнині перикарда велика кількість крові. Епікард у судини звивистий. Серце розмірами 9x8x4 см. Стінки правого шлуночка товщиною 0,5 см, лівого – 1,3 см. Клапани серця блискучі, гладкі. М'яз бурого кольору, з численними сірватими дифузними прошарками. На боковій передній стінці лівого шлуночка видно лінійний дефект довжиною 2 см. На розрізі ця частина міокарда жовтого кольору, з ділянками крововиливу. Подібні зміни в міокарді видно в міжшлуночкової перетинці від верхівки до основи. Інтима аорти покрита численними атеросклеротичними бляшками з виразкуванням та петрифікацією. Шлунок, кишечник без макроскопічних змін. Печінка розмірами 24x19x10x6 см, капсула тонка, край заокруглений. Тканина печінки на розрізі нагадує мускатний горіх. Нирки розмірами 11x6x4 см кожна, межі між корковим та мозковим шарами виражені добре. Паренхіма повнокровна. Капсула знімається легко. Слизова оболонка мисок та сечовивідних каналів без змін. Передміхурова залоза дещо зменшена в розмірах, круглої форми. Селезінка розмірами 12x9x3 см. Капсула злегка напружена, тканина селезінки на розрізі сіро-червона.

*Результати гістологічного дослідження: легеня – дифузний пневмосклероз, стоншення міжальвеолярних перетинок, окремі альвеоли мішкоподібні, дрібні бронхіоли склерозовані.*

*Бронх – лімфоплазмоцитарна інфільтрація і атрофія слизової, склеротичні зміни підслизової.*

*Аорта – атеросклеротичні бляшки, склерозування стінки, відкладання солей кальцію.*

*Серце – некротично змінені кардіоміоцити, грануляційна тканина по периферії вогнища ураження, склеротичні зміни вінцевих артерій, венозне повнокрів'я, вогнища кардіосклерозу та гіпертрофії м'язових волокон.*

*Печінка – дистрофічні зміни в гепатоцитах, венозне повнокрів'я.*

*Нирки – дистрофічні зміни в епітелії і канальців, венозне повнокрів'я.*

#### Задача № 5

#### **Основні дані протоколу розтину № 5 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – ЦРЛ.*

*Направлений до стаціонару – дільничною лікарнею.*

*Відділення – терапевтичне.*

*Історія хвороби – № 3824.*

*Вік – 53 роки.*

*Стать – чоловіча.*

*Поступив – 10.05.94 р.*

*Помер – 12.05.94 р.*

*Дата розтину – 12.05.94 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Хворий доставлений з дільничної лікарні, де лікувався з діагнозом хронічного дифузного пневмосклерозу. Лікування не дало ефекту. В районній лікарні хворий скаржить на кашель з мокротою, слабкість. Вважає себе хворим протягом місяця. При рентгенологічному дослідженні знайдено затемнення правої легені за рахунок ексудативного плевриту. Середостіння зміщене вліво. Стан хворого погіршився, незважаючи на лікування, і при наростанні дихальної та серцевої недостатності наступила смерть.*

*Клінічний діагноз: хронічний обструктивний бронхіт у стадії загострення. Дихальна недостатність за змішаним типом. Пневмосклероз. Правобічний гідроторакс.*



### **Описова частина протоколу розтину**

Труп чоловіка правильної будови тіла, пониженого живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Трупне залякання виражене добре. Трупні плями синюшні, розміщені на задній поверхні тіла. Ліва плевральна порожнина облітерована. В правій плевральній порожнині до 2000 мл геморагічного ексудату. На плеврі лівої легені залишки фіброзних шварт. Легеня сіро-рожевого кольору, повнокровна, набрякла, з поверхні розрізу стікає велика кількість пінистої геморагічної рідини. Стінки бронхів потовщені за рахунок перибронхіального дифузного розростання сполучної тканини. Біля воріт правої легені розростання тканини пухлини сірого кольору, котра стискує центральний бронх. Крім того, вона поширюється за його ходом до дрібних бронхів. Навколо пухлини легенева тканина набрякла, темно-червоного кольору. У просвіті біфуркації легеневої артерії тромб темно-червоного кольору. В порожнині серця до 100 мл жовтуватої рідини. Під епікардом – відкладання жиру в невеликій кількості. Серце розмірами 12х9х6 см. Стінка правого шлуночка товщиною 0,6 см, лівого – 1,2 см. Клапани серця тонкі, блискучі, гладкі. М'яз серця бурого кольору, в'ялий, з численними сірими прошарками. Інтіма аорти блідо-жовта, вкрита атеросклеротичними бляшками різної величини. Слизова оболонка трахеї, бронхів блідо-рожевого кольору. Слизова оболонка стравоходу, шлунка, кишечника блідо-рожевого кольору. Печінка розмірами 22х18х6х4 см. Капсула її тонка, край заокруглений. Тканина печінки на розрізі коричневого кольору, в'ялої консистенції. Жовчні шляхи прохідні. На поверхні печінки численні сірі вузли до одного сантиметра в діаметрі, котрі виступають під капсулою. Нирки звичайних розмірів, дряблої консистенції, капсула знімається без утруднень, оголюючи гладку поверхню нирок. На розрізі корковий та мозковий шари відмежовані чітко. Селезінка розмірами 15х10х4 см. Капсула децю напружена, на розрізі тканина темно-червона, з помірним зіскрібком. Підшлункова залоза розмірами 21х3х1 см, сіро-рожевого кольору, з помірним відкладанням жиру. Надниркові залози звичайної форми та розмірів. Лімфатичні вузли у воротах легень збільшені, на розрізі сірого кольору за рахунок розростання тканини пухлини.

Результати гістологічного дослідження. Бронх – лімфоплазмозитарна інфільтрація, атрофія слизової, склеротичні зміни в стінці.

*Легеня – лімфоплазмоцитарна інфільтрація, паренхіма легені, серозний ексудат у просвіті альвеол, без чітких меж розростання дрібних недиференційованих клітин з численними патологічними мітозами.*

*Лімфатичний вузол – атрофія лімфатичних фолікулів, розростання дрібних атипових пухлинних клітин.*

*Печінка – дистрофічні зміни в гепатоцитах, вогнища розростання атипових дрібних клітин.*

*Парієтальна плевра – нейтрофільно-геморагічна інфільтрація, множинні точкові крововиливи.*

*Серце – жирова дистрофія кардіоміоцитів.*

#### Задача № 6

#### **Основні дані протоколу розтину № 6 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – міська лікарня.*

*Відділення – терапевтичне.*

*Направлений до стаціонару – бригадою швидкої допомоги.*

*Історія хвороби – № 2665.*

*Вік – 58 років.*

*Поступив – 8.04.94 р.*

*Помер – 20.04.94 р.*

*Дата розтину – 21.04.94 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Хворий доставлений в терапевтичне відділення міської лікарні з ознаками тяжкої інтоксикації і набряковим синдромом. Під час перебування в стаціонарі запідозрили злоякісну пухлину шлунка. Незважаючи на лікування, стан хворого погіршувався, і 20.04.94 р. від ниркової недостатності наступила смерть.*

*Клінічний діагноз: рак тіла шлунка I гр., NM. Ракова інтоксикація. Асцит. Паранеопластична нефропатія ХНН III. Уремія. Супровідне захворювання: цукровий діабет. ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз.*

#### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп чоловіка правильної будови тіла, пониженого живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, набряклі. Трупне залякання виражене слабо. Трупні плями синюшні, розміщені на задній поверхні*

тіла. Плевральні порожнини містять до 1500 мл жовтуватої рідини з домішками фібрину. Черевина сірого кольору, в порожнині до 1000 мл жовтуватої рідини з домішками фібрину. Легені тістоподібної консистенції, сіро-рожевого кольору, повнокровні, набряклі. З поверхні розрізу стікає велика кількість пінистої геморагічної рідини. В порожнині осердя до 150 мл жовтуватої рідини з домішками фібрину. Епікард та перикард покриті фібринозними масами з точковими крововиливами в товщі. Під епікардом контурують звивисті потовщені судини, просвіт яких звужений. Серце розмірами 9x8x4 см. Стінка правого шлуночка товщиною 0,4 см, лівого – 1,4 см. У порожнинах серця – рожево-жовті згустки крові. Клапани серця тонкі, блискучі та гладкі. М'яз бурого кольору, в'ялий, з численними сірими прошарками. Інтіма аорти блідо-жовта, вкрита атеросклеротичними бляшками різної величини, котрі місцями зруйновані. Просвіт аорти звужений. Слизова оболонка трахеї, бронхів блідо-рожевого кольору, з численними точковими крововиливами. Слизова оболонка стравоходу, шлунка, кишечника блідо-рожевого кольору, з численними точковими крововиливами. Пухлинного ураження шлунка не знайдено. Печінка розмірами 21x18x6x4 см. Капсула її тонка, край заокруглений. Тканина печінки на розрізі коричневого кольору, в'ялої консистенції. Жовчні шляхи прохідні. Нирки збільшені. Капсула знімається легко. Поверхня дрібногорбиста, з численними точковими крововиливами та жовтими полями. Паренхіма в'яла. На розрізі корковий та мозковий шари відмежовані нечітко, численні точкові крововиливи та сіро-жовті поля. Слизова оболонка мисок та сечоводів блідо-сіра. Передміхурова залоза дещо зменшена, круглої форми, щільна. Селезінка розмірами 16x9x5 см. Капсула дещо напружена, на розрізі тканина темно-червона, з помірним зскрібком. Підшлункова залоза розмірами 20x4x5 см сіро-рожевого кольору, щільна. Паренхіма великочасточкова, заміщена жировою тканиною. Серозна оболонка очеревини з численними точковими крововиливами. Надниркові залози звичайної форми та розмірів. Головний мозок не досліджувався.

Результати гістологічного дослідження. Підшлункова залоза – атрофія та склероз ostrivciv Lanđerģansa, жирова инфільтрація паренхіми.

Серце – дистрофічні зміни в кардіоміоцитах, дифузне розростання сполучної тканини.

*Слизова бронхів – численні діapedезні крововиливи на поверхні, фібринозний ексудат.*

*Слизова шлунка – атрофічні зміни, точкові крововиливи, клітинна запальна інфільтрація, фібринозний ексудат.*

*Слизова кишки – точкові крововиливи, фібринозний ексудат на поверхні слизової та в товщині.*

*Стінка очеревини – геморагічна інфільтрація, відкладання фібрину.*

*Нирка – в епітелії канальців дистрофічні зміни, в ниркових клубочках запальна інфільтрація з переважанням геморагічного та фібринозного ексудату в капсулі, судинний клубочок здебільшого колабований.*

*Печінка – дистрофічні зміни в гепатоцитах.*

#### Задача № 7

#### **Основні дані протоколу розтину № 7 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – І-ша міська лікарня.*

*Відділення – пульмонологічне.*

*Направлений до стаціонару – бригадою швидкої допомоги.*

*Історія хвороби – № 34459.*

*Вік – 60 років.*

*Стать – чоловіча.*

*Поступив – 1.10.94 р.*

*Помер – 3.10.94 р.*

*Дата розтину – 3.10.94 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Хворий доставлений до стаціонару бригадою швидкої допомоги з ознаками гострої легеневої патології, явищами інтоксикації і підвищенням температури тіла до 38 °С, задишкою, кашлем. При рентгенологічному обстеженні знайдено затемнення в ділянці верхньої частини правої легені. Пахові, пахвинні та шийні лімфатичні вузли збільшені, щільні, малорухомі. Незважаючи на лікування, явища інтоксикації наростали, що призвело до смерті.*

*Клінічний діагноз: правобічна верхньочасточкова бронхопневмонія, набряк легень.*

#### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп чоловіка правильної будови тіла, пониженого живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Трупне залякання виражене*

слабо. Трупні плями синюшні, розміщені на задній поверхні тіла. Плевральні порожнини містять до 100 мл прозорої рідини. Очеревина сірого кольору, в порожнині рідини не виявлено. Слизова оболонка гортані, трахеї, бронхів дещо повнокровна. Плевра обох легень гладка, блискуча. На розрізі легені повнокровні, набряклі, з поверхні стікає велика кількість пінистої геморагічної рідини. Верхня частка правої легені строката на розрізі, за ходом відповідного бронха – розростання сірої тканини. Прикореневі лімфатичні вузли щільної консистенції, на розрізі сірого кольору з темними вкрапленнями. Діаметр лімфатичних вузлів досягає 5 см. У порожнині осердя незначна кількість прозорої серозної рідини. Епікард блискучий, з помірним відкладанням жиру під ним. Місцями набряклий. Судини під епікардом звивисті. Серце розмірами 8x8x4 см. Стінка правого шлуночка товщиною 0,3 см, лівого – 1 см. У порожнинах серця рожево-жовті згустки крові. Клапани його тонкі, блискучі, гладкі. М'яз буро-червоний, в'ялий. Інтіма аорти блідо-жовта, з численними атеросклеротичними бляшками різної величини, котрі місцями зруйновані. Просвіт аорти звужений. Вінцеві судини вервицеподібно потовщені, просвіт їх звужений на 50 %. Слизова оболонка стравоходу, шлунка, кишечника без макроскопічних відхилень від норми. Печінка розмірами 24x20x8x6 см. Капсула її тонка, край заокруглений. Під капсулою поодинокі сірі вузлики в діаметрі до 1,0 см, котрі проникають в глибину органа до 1 см. Тканина печінки на розрізі буро-коричневого кольору, повнокровна, в'ялої консистенції. Маса печінки 1200 г. Нирки розмірами 12x6x3 см кожна. Корковий та мозковий шари чітко відмежовані, повнокровні. Капсула нирок знімається легко. Поверхня нирок гладка, паренхіма в'яла. Слизова оболонка мисок та сечоводів блідо-сіра. Передміхурова залоза дещо зменшена, круглої форми, щільна. Селезінка розмірами 12x9x5 см. Капсула дещо напружена, на розрізі тканина темно-червона з дрібними сірими некрозами (порфірна селезінка). Надниркові залози звичайної форми, макроскопічно не змінені. Лімфатичні вузли рожевого кольору, блискучі, із жовто-сірими некрозами.

Результати гістологічного дослідження. Серце – кардіоміоцити з ознаками зернистої дистрофії, повнокрів'я в судинах, розростання сполучної тканини.

*Легені – розростання атипових дрібних клітин без чіткого диференціювання, з численними патологічними мітозами; в альвеолах серозний ексудат.*

*Лімфатичний вузол – некрози, склероз і гіаліноз стромы, стертість малюнка, наявність клітин Березовського-Штемберга, еозинофілів.*

*Печінка – жирова дистрофія гепатоцитів.*

*Нирки – жирова дистрофія нефротелію.*

#### Задача № 8

### **Основні дані протоколу розтину № 8 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – обласна лікарня.*

*Направлений до стаціонару – міською поліклінікою.*

*Відділення – терапевтичне.*

*Історія хвороби – № 01/0375.*

*Вік – 41 рік.*

*Поступив – 17.04.1989 р. о 13-00.*

*Помер – 29.05.1989 р. о 8-25.*

*Дата розтину – 29.05.89 р.*

*Короткі дані з історії хвороби. Хворий поступив 17.04 в терапевтичне відділення зі скаргами на приступоподібні болі колючого характеру в ділянці серця, що іррадіюють в ліву руку та лопатку. Хворий відзначає задишку в спокої, головний біль вночі. Неодноразово лікувався в стаціонарі. На ЕКГ були виявлені рубцеві зміни в ділянці передньої стінки лівого шлуночка. Після проведеного в стаціонарі лікування стан хворого покращився, зменшилась задишка, покращилась діяльність серця, нормалізувався сон. Однак 29.05 стан хворого раптово погіршився, і при явищах гострої серцевої недостатності наступила смерть.*

*Клінічний діагноз: ревматизм, неактивна фаза. Постміокардитичний кардіосклероз. Недостатність мітрального клапана. Рубцеві зміни передньої стінки міокарда лівого шлуночка після перенесеного інфаркту. Стенокардія спокою. Миготлива аритмія. НК ПА-Б ст.*

*Супровідні захворювання: хронічний бронхіт, дифузний пневмосклероз, емфізема легень.*

### **Описова частина протоколу розтину**

Труп чоловіка правильної будови тіла, задовільного живлення. Трупне залякання виражене в усіх групах м'язів. На спині і задній поверхні рук і ніг синюшно-багрові плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшні. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 2 см, очеревина гладка, блискуча і синюшна. Між парієтальною і вісцеральною плеврою щільні злуки. В лівій плевральній порожнині міститься близько 1 л, в правій – близько 0,5 л прозорої рідини солом'яно-жовтого кольору. Щитоподібна залоза на розрізі м'ясистого вигляду, блискуча, маса 28 г. Прищитоподібні залози діаметром 0,5 см. Загруднинна залоза заміщена жировою тканиною. Слизова оболонка язика різко ціанотична, з вираженими сосочками. Язик обкладений сірувато-жовтими плівками. М'яке піднебіння темно-червоного кольору. Мигдалики збільшені, на розрізі – синюшні, пронизані тонкими рубцями. З поверхні розрізу стікає мутна рідина. Слизова оболонка глотки блідо-рожевого кольору. Слизова оболонка стравоходу сіро-синюшного кольору, з повздовжніми складками. Слизова оболонка гортані темно-червоного кольору з синюшним відтінком. У просвітленні трахеї піниста рідина і трохи слизу. Легеня пальпаторно однорідної м'якої консистенції. Вісцеральна плевра місцями потовщена злуками. Легеня розмірами 27x16x10 см. Поверхня розрізу темно-червона. З неї в нижніх частках стікає червона піниста рідина. У просвіті крупних бронхів міститься слиз і незначна кількість кров'янистої рідини. Слизова оболонка децю потовщена в ділянці воріт легені. Легенева тканина всюди повітряна. В порожнині осердя 250 мл крові. Серце розмірами 14x11,5x9,3 см. Епікард блискучий. На передній стінці лівого шлуночка виявлено дугоподібну рвану рану, довжиною 5,5 см, з нерівними краями котра проникає в порожнину шлуночка. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі, нормальної довжини. Товщина стінки правого шлуночка серця 0,3 см, лівого – 1,2 см. Маса серця 450 г. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. В порожнині шлуночка містяться темно-червоні згустки крові. На розрізі його передньої стінки виявлено множинні ділянки сірувато-рожевого кольору. За межами їх стінка лівого шлуночка пронизана сріблястими прожилками.

Місцями, особливо в ділянці верхівки лівого шлуночка і в місці переходу в перетинку, є велике коло сіро-білого кольору. В інших ділянках міокард блідий. Вінцеві артерії прохідні. Їх інтима та інтима аорти на всьому протязі із жовтуватими і сірого кольору стрічками. Шлунок помірно роздутий, складки слизової оболонки помірної висоти. В порожнині шлунка міститься невелика кількість рідкого вмісту. Слизова оболонка товстої і тонкої кишок складчаста, децю гіперемійована. Пряма кишка розтягнута, гемороїдальні вени спалися. Печінка розмірами 20x19x13x10 см, маса 1800 г. Її розріз нагадує мускатний горіх. Жовчні шляхи прохідні. В жовчному міхурі тягуча жовта жовч. Слизова оболонка його бархатиста. Підшлункова залоза масою 110 г, розмірами 22x4x2,5 см, щільна, повнокровна, на розрізі крупногорбиста. Надниркові залози листкоподібної форми. Корковий і мозковий шари на розрізі добре виражені. Нирки: права – 12x5,5x4 см, маса 150 г. Ліва – 10x5x4 см, маса 145 г. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів чіткі. Капсули нирок знімаються легко, поверхня нирок гладка, темно-червона, слизова оболонка мисок сірувато-червона, сечоводи блідо-синюшні. Сечовий міхур має блідо-рожеву слизову оболонку, котра помірно складчаста. Передміхурова залоза розмірами 4x2x4 см, маса 20 г. Селезінка масою 180 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зшкрябується кров. Тканина щільна. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча, з неї стікає значна кількість мутної рідини. Судини основи мозку вервечкоподібні, місцями потовщені. У шлуночках децю збільшена кількість ліквору. Епендима шлуночків прозора. Тканина мозку тістувата, синюшна.

Гістологічне дослідження: міокард – в стінці лівого шлуночка м'язові волокна гіпертрофовані. Між м'язами широкі прошарки сполучної тканини і значна лімфоцитарна інфільтрація. Між ним і поруч з ним вільно лежать фіброцити. Місцями зустрічаються окремі некротизовані кардіоміоцити. Стінка вінцевої артерії нерівномірно потовщена. В селезінці, печінці і нирках венозний застій. Легеня: бура індурація, повнокрів'я, в альвеолах серозна рідина без клітинних елементів.



## Задача № 9

### **Основні дані протоколу розтину № 9 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.*

*Направлений в стаціонар – обласною поліклінікою.*

*Відділення – терапевтичне.*

*Історія хвороби – № 02/5246.*

*Вік – 16 р.*

*Школярка.*

*Поступила – 20.08.1990 р.*

*Померла – 21.09.1990 р.*

*Дата розтину – 22.09.1990 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Захворіла близько 4 років тому, коли виявила ознаки поліартриту. Останнім часом стан погіршився. Періодично турбували напади задухи, з'явилося посилене серцебиття, особливо після фізичних навантажень. Лікуватись почала тільки в 1990 р. в поліклініці і в стаціонарі райлікарні. В лікарню тепер поступила у тяжкому стані. При об'єктивному дослідженні хворої межі серцевої тупості зсунуті в усіх напрямках, систолічний та діастолічний шуми вислуховуються на верхівці серця, акцент II тону на легеневій артерії. АТ – 110/60 мм рт. ст. На електрокардіограмі виявлена картина, характерна для миготливої аритмії, вольтаж рубців знижений. Померла при наростаючих явищах серцевої слабкості.*

*Клінічний діагноз: ревматизм, активна фаза; поворотний ендокардит; комбінована мітральна вада серця з переважанням стенозу. Міокардитичний кардіосклероз із явищами миготливої аритмії. Порушення кровообігу II А - Б ступенів. Двобічна пневмонія.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп дівчини правильної будови тіла, задовільного живлення. Шкіра обличчя і видимі слизові оболонки синюшні. Трупне залякання рук і ніг виражене добре. Ноги набрякли. В черевній порожнині близько 100 мл прозорої рідини солом'яно-жовтого кольору. В обох плевральних порожнинах аналогічна рідина (до 400 мл з кожного боку). Слизова оболонка язика, м'якого піднебіння, зівя, мигдаликів ціанотична. Сосочки язика зглажені, язик чистий. Слизові оболонки верхніх дихальних шляхів і травних шляхів темно-червоного кольору, з синюшним*

відтінком. Слизова оболонка трахеї блискуча, кільця трахеї добре виражені. Слизова оболонка глотки і гортані темно-червона. Слизова оболонка стравоходу синюшна, в повздовжніх складках. Легені вільно лежать у плевральних порожнинах. Права легеня масою 400 г, щільної консистенції, особливо в нижній частині. На розрізі ця легеня темно-червона. На краю розрізу виявлене велике щільне темно-червоне вогнище трикутної форми розмірами 5х3 см, різко відмежоване від іншої тканини легені. Широкою основою воно обернене до плеври, верхівкою направлене до воріт. Верхня і середня частини цієї легені сіро-червоні, з іржавим відтінком, злегка ущільнені, ріжуться з хрустом. Ліва легеня масою 380 г, тістуватої консистенції. При натисканні з поверхні розрізу стікає кров'яниста піниста рідина. В порожнині осердя міститься 150 мл прозорої серозної рідини жовтуватого кольору. Епікард гладкий, блискучий. Серце розмірами 11х10х5х7 см, маса його 380 г. Порожнини розширені і переповнені червоними згустками крові. Папілярні м'язи лівого і правого шлуночків різко потовщені. М'яз серця щільний, на розрізі сірувато-червоного кольору, з одиницями сіруватими блискучими прошарками. Товщина стінки лівого шлуночка 1,4 см, правого – 0,7 см. Правий венозний отвір значно звужений, стулки тристулкового клапана різко потовщені, бугристі, кам'янистої щільності, зрощені місцями між собою і покриті невеликими бородавчастими накладками, котрі легко знімаються ножем. У такому ж стані стулки двостулкового клапана, котрі укорочені і спотворені. Хорди також укорочені. Лівий атріовентрикулярний отвір різко звужений, ледь пропускає палець. На півмісяцевих стулках аорти спостережено поверхневі і фібринозні наклади, котрі легко знімаються. Інтима аорти блідо-жовтого кольору, гладка, блискуча. Вінцеві артерії серця на розрізі тонкі, інтима їх гладка. Слизова оболонка шлуночка темно-червоного кольору, грубоскладчаста, з численними дрібними поверхневими дефектами на вершинах складок; дно їх темно-коричневе. В порожнині шлунка рідина кольору кавової гущі. Слизова оболонка дванадцятипалої кишки темно-червона, покрита дрібноточковими крововиливами. Жовчні протоки прохідні. В про-світі жовчного міхура близько 10 мл тягучої жовчі темно-оливкового кольору, слизова оболонка його бархатиста. Печінка масою 100 г, розмірами 22х18х6х4 см. На розрізі тканина печінки мускатного

вигляду, щільної консистенції. Край печінки заокруглений, місцями шкрястий. Підшлункова залоза масою 85 г, розмірами 20х3х2 см, дрібночасточкова, на розрізі сіруватого кольору. Слизова оболонка вірсунгової протоки бліда. Надниркові залози трикутної та листкоподібної форми, з чіткою межею між шарами. Нирки масою 100 г кожна. На розрізі темно-червоного кольору, щільної консистенції. Капсули знімаються легко. Поверхня нирок гладка. Межі між шарами чіткі. Слизова оболонка ниркових мисок і сечоводів блідо-рожева. Сечовий міхур невеликий, порожнина його містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок складчаста, темно-червоного кольору. В просвіті тонкої кишки рідкий вміст, товстої – оформлений кал. Слизова оболонка прямої кишки блідо-рожева. Матка масою 30 г, розмірами 7,5х3х1,5 см, слизова оболонка її блідо-рожева, фалопієві труби тонкі, яєчники невеличкі, щільні, на розрізі – блідо-рожевого кольору. Загруднинна залоза масою 18 г, на розрізі – блідо-червона, оточена невеликою кількістю жиру. Щитоподібна залоза масою 18 г, на розрізі – блідо-червона, м'ясиста. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнини не збільшені, блідо-рожевого кольору. Селезінка масою 100 г, розмірами 16х10х3 см. Капсула злегка напружена, тонка. На розрізі тканина селезінки блідо-червона, щільнувата, малюнок фолікулів і трабекул не контурується. Пульпа без зіскібка. Кістки черепа не деформовані. Череп не розтинався.

Гістологічне дослідження. Міокард – в ділянці лівого передсердя Ашоф-Талалаєвські гранульоми. У стінці лівого шлуночка помірно виражений кардіосклероз. М'язові волокна значно гіпертрофовані, ядра деформовані, крупні. Легені – бура індурація, геморагічний інфаркт. Печінка – повнокров'я типу атрофічної мускатної печінки.

#### Задача № 10

#### **Основні дані протоколу розтину № 10 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлений до стаціонару – станцією швидкої допомоги.

Відділення – терапевтичне.

Історія хвороби – № 01/7239.

Професія – колгоспник.

Поступив – 25.11.93 р. о 18-30

*Помер – 2.12.93 р. о 8-35.*

*Дата розтину – 3.12.93 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Захворів гостро два тижні тому. З'явилися кашель, задишка, загальна слабкість, біль у боці. Температура не підвищувалася. Лікувався вдома, ставив банки. Доставлений швидкою допомогою у тяжкому стані: задишка, ціаноз, біль у лівій половині грудної клітки. Аналіз крові: Л-9400, Н-91 %, зсув вліво, еритроц. – 4,582 тис., Нв. – 5,2, кольор. пок. – 1,0, ШОЕ – 47 мм/год. В сечі – альбумінурія. Залишковий азот крові 217,8 мг %, холестерин 300,15 мг %. Рентгенологічно виявлений лівобічний ексудативний плеврит, ЕКГ-лівограма, миготлива аритмія, дифузні зміни міокарда. Була проведена плевральна пункція – рідини не отримали. Лікування виявилось неефективним, і 2.12.93 хворий помер.*

*Клінічний діагноз: хронічний бронхіт. Емфізема легень. Аортокардіосклероз із явищами миготливої аритмії. Серцево-легенева недостатність II А-БОТ. Гострий інфекційно-токсичний нефрозонефрит. Азотемія.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп чоловіка правильної будови тіла, значно пониженого живлення. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Шкіра суха, зморшкувата. Трупне залякання виражене слабо в групах м'язів рук та ніг. Трупні плями синюшно-багрові, розміщені на задній поверхні тулуба і кінцівок. Тургор шкіри знижений. Тверда мозкова оболонка прозора, товста, бліда. Синуси її вільні. М'які мозкові оболонки прозорі, судини її переповнені кров'ю. Тканина мозку блідо-сіра, межі шарів виражені добре. Речовина мозку тістувата. У шлуночках мозку помірна кількість ліквору. Судинні сплетення рожево-сірі, блискучі. В лівій плевральній порожнині близько 1200 мл гнійної, мутної зеленуватої рідини. Легеня притиснута і зменшена в розмірах, щільної консистенції, малоповітряна. На вісцеральній і парієтальній плеврі значні фіброзні наклади. На розрізі тканина легені темно-червоного кольору, з багатьма дрібними (діаметром 1-2 см) порожнинами, котрі виповнені жовто-зеленим гноєм. У просвіт розширених бронхів витікає рідина, що нагадує гній. Права плевральна порожнина вільна від рідини. Права легеня збільшена (вакантно), повітряна, на розрізі сіро-рожевого*

кольору. При стисканні її з поверхні розрізу стікає піниста кров'яниста рідина. В порожнині осердя міститься 10 мл прозорої рідини. Серце розмірами 8х6х4,5 см, масою 250 г. Жир під епікардом желеподібної консистенції, драглистий. Вінцеві артерії звивисті, з потовщенням. В порожнинах серця міститься рідка кров. Клапани серця тонкі, гладкі, блискучі. Стінка лівого шлуночка товщиною 0,8, правого – 0,5 см. Міокард на розрізі бурувато-коричневий, має безліч сіруватих фіброзних прошарків. Аорта в грудному і черевному відділах з інтимою, покритою жовтуватими і білими бляшками, частина яких петрифікована з виразкуватістю. Ширина черевної аорти 5,5 см, грудної – 6 см. Слизова оболонка шлунка складчаста, гіперемійована, покрита товстим шаром слизу. В пілоричному відділі слизова оболонка з точковими крововиливами. Слизова оболонка дванадцятипалої кишки блідо-червона, фатерів сосок і жовчні протоки прохідні. В жовчному міхурі міститься 15 мл жовчі оливкового кольору. Слизова оболонка жовчного міхура бархатиста. Підшлункова залоза розмірами 23х3х3 см, маса 1800 г. Печінка розмірами 25х18х8х6 см, капсула її тонка, прозора. Малюнок печінки звичайний, злегка мускатний. Нирки однакові, маса обох 350 г, капсули їх знімаються легко. Поверхня гладка. На розрізі межі шарів чіткі. Слизові оболонки мисок, сечоводів і сечового міхура блідо-рожеві. Простата збільшена, маса 70 г, на розрізі жовтувато-рожева, щільна. Селезінка масою 145 г, розмірами 12х7х4 см. Капсула її зморшувата, тканина селезінки темно-вишнева. Пульпа з незначним зскрібком. Лімфатичні вузли воріт легень соковиті, децю збільшені, сіро-рожевого кольору на розрізі. Щитоподібна залоза на розрізі блідо-червона, м'ясиста, соковита. На місці загруднинної залози жирова тканина. Надниркові залози листкоподібної трикутної форми, межі шарів чіткі. Кора надниркової залози жовтуватого кольору, а мозкова – сіро-рожевого.

Дані гістологічного дослідження. Легеня – альвеоли наповнені ексудатом, котрий представлений фібрином, лейкоцитами і значною кількістю злуцених альвеолоцитів. Місцями лейкоцити нагромаджуються у великі групи і розплавляють навколишню тканину. В окремих ділянках ексудат в альвеолах підлягає організації.

Міокард – гіпертрофія кардіоміоцитів, кардіофіброз.

Простата – гіпертрофія залоз і фіброз.

Для бактеріоскопічного дослідження взяті мазки – відбитки з поверхні розрізу лівої легені, а для бактеріологічного – гній з дрібних абсцесів і плевральної порожнини. В мазках-відбитках знайдено капсульні палички (пневмококи). В посівах з гною виділений стафілокок, а з плеврального ексудату – пневмокок.

#### Задача № 11

#### **Основні дані протоколу розтину № 11 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – обласна клінічна психоневрологічна лікарня.

Направлений до стаціонару – станцією швидкої допомоги.

Відділення – неврологічне.

Історія хвороби – №213 д.

Вік – 70 років.

Професія – робітниця.

Поступила – 19.04.1988 р.

Померла – 10.05.1988 р. о 0-25 год.

Дата розтину – 10.05.1988 р.

Короткі клінічні та лабораторні дані: при вступі до лікарні скаржилась на блювання, зниження апетиту, зниження зору на праве око. Захворіла за 2 тижні до того, як поступила до лікарні, АТ-130/75 мм рт.ст. Давно страждає варикозним розширенням вен ніг. Мова загальмована, з дефектами. 21.04. з'явилися болі в животі і крижах. Діагностований гострий цистит. Ішемічна хвороба серця, стенокардія спокою. Пневмонія. Серцево-судинна діяльність погіршилась. Збільшилися набряки ніг. Померла раптово.

Заключний клінічний діагноз. Ішемічний інфаркт у басейні вертебро-базиллярної артерії на ґрунті загального атеросклерозу. Ішемічна хвороба серця. Стенокардія спокою. Атеросклеротичний кардіосклероз із порушенням ритму за типом екстрасистолії. ХНК II А-Б, переважно за лівошлуночковим типом, з приступами серцевої астми. Ангіосклероз ретинальних судин. Тромбофлебіт поверхневих і глибоких вен правої нижньої кінцівки. Гострий цистит. Правобічна вогнищева бронхопневмонія.

#### **Описова частина протоколу розтину**

Труп жінки правильної будови тіла, децю зниженого живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору. Шкіра

обох гомілок синюшно-багрового кольору. Гомілки і стопи набрякли. Трупне залякання виражене добре в групах м'язів рук та ніг. Трунні плями зливні, багрового кольору, розміщені на задній поверхні тулуба і кінцівок. Крізь шкіру гомілок і стегон просвічується велика кількість вузлів синього кольору. Черевна порожнина вільна від рідини і злук. Плевральна порожнина і порожнина осердя таких же властивостей. Листки плеври, осердя і очеревини гладкі, блискучі, бліді. Серце розмірами 10x8x4,5x2,5 см, маса 280 г. Порожнини його розширені, товщина стінки правого шлуночка серця 0,4 см, лівого – 1,3 см. Атріовентрикулярні отвори пропускають справа 3, зліва – 2 пальці прозектора. Клапани серця і крупних судин тонкі, блискучі, сформовані правильно. В порожнинах правого шлуночка містяться червоподібні сухі тромбоподібні маси діаметром до 1 см, сіро-червоного кольору. Такі ж маси знайдені в просвіті легеневого стовбура і в біфуркації легеневої артерії, де вони повністю виповнюють просвіт цих артерій. Фрагменти подібних тромбів знайдені у всіх розгалуженнях легеневої артерії, аж до дрібних діаметром 0,3 см. Інтіма аорти містить велику кількість бляшок жовтого і сіро-білого кольорів, місцями з виразками. Артерії головного мозку верицеподібні, білуваті, з атеросклеротичними бляшками в просвітленнях. Слизова оболонка гортані, трахеї і бронхів блискуча, гладка, блідо-рожевого кольору. Легені великі, на розрізі видно велику кількість вогнищ безповітряних ділянок темно-червоного і чорного кольорів, трикутної форми, основою обернених до плеври. На плеврі відповідно до цих ділянок є фібринозні накладення, що легко знімаються ножем. Слизова оболонка глотки, стравоходу, шлунка і кишечника складчаста, блідо-червона. Печінка звичайних властивостей, жовчні шляхи прохідні. Жовчний міхур містить помірну кількість жовчі. Підшлункова залоза великочасточкова, сірого кольору, без зіскрібка. Нирки звичайних властивостей. В місці розгалуження артерій вілізівського кола і відходження середньої мозкової артерії виявлено obturating тромб сіро-червоного кольору, котрий продовжується в середній мозковій артерії до її розгалужень. В задньому відділі внутрішньої капсули лівої півкулі є вогнище білого розм'якшення діаметром 2 см. Головний мозок в стані атрофії, весь рівномірно зменшений, з розширеними шлуночками.

Дані гістологічного дослідження. Судини легень – obturating тромби, не зв'язані зі стінкою.

*Головний мозок – ішемічний інфаркт із численними фіолетовими шарами з клітин глії.*

*Легені – геморагічні інфаркти з перифокальним запаленням.*

*Вени ніг – хронічне запалення стінок вен, нерівномірне потовщення, склероз стінок, залишки тромбів у просвіті вен.*

### Задача № 12

#### **Основні дані протоколу розтину № 12 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – обласна лікарня.*

*Направлений до стаціонару – інфекційною лікарнею.*

*Відділення – неврологічне.*

*Історія хвороби – № 931.*

*Вік – 46 років.*

*Професія – інженер-шляховик.*

*Поступив – 28.02.94 р. о 18-20.*

*Дата смерті – 5.03.94 р.*

*Дата розтину – 5.03.94 р.*

*Короткі клінічні, лабораторні та інші дані досліджень. Поступив з інфекційного відділу міської лікарні № 1 на дообстеження і лікування з попереднім діагнозом менінгоенцефаліту. Скарги на слабкість, головний біль, шум в голові, тривожний сон. Захворів 14.02.94 р., коли відзначив загальну слабкість, температуру тіла 37,6 °С. 18.02.94 р. втрачав свідомість на 5-7 хв. А з 22.02 по 28.02.94 р. був госпіталізований до міської лікарні №1. Свідомість повна. Контакт доступний, орієнтований. АТ 120/80 мм рт. ст. При люмбальній пункції одержали геморагічний ліквор з підвищеним тиском. Проведене лікування зменшило головні болі, нормалізувалась температура, зменшились менінгіальні ознаки. Вночі 5.03.94 р. раптово погіршився стан хворого, розвинулась церебральна кома, з'явилися корчі, блювання, стовбурові порушення аж до настання смерті.*

*Діагноз направлення: менінгіт, енцефаліт.*

*Діагноз після поступлення до лікарні: повторний субарахноїдальний крововилив.*

*Клінічний діагноз: повторний паренхіматозно-субарахноїдальний крововилив з проривом у шлуночкову систему мозку, очевидно, на ґрунті аномалії розвитку судин головного мозку (аневризма).*



### **Описова частина протоколу розтину**

Труп чоловіка правильної будови тіла, задовільного живлення. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, з синюшним відтінком. Трупне залякання виражене у групах м'язів рук і ніг. Трупні плями синюшно-багрового кольору, розміщені на задній поверхні тулуба і кінцівок. Черевна порожнина вільна від рідини і зрощень. Листки очеревини гладкі, блискучі, з синюшним відтінком. Розміщення органів черевної порожнини правильне. Листки плеври гладкі, блискучі, з синюшним відтінком, з численними дрібноточковими крововиливами, таких же властивостей і листки перикарда. Серце розмірами 11x8x5x2 см, маса 290 г. Міокард темно-червоного кольору на розрізі. Товщина стінки правого шлуночка серця 0,3 см, лівого – 1,2 см. Атріовентрикулярні отвори вільнопрохідні, клапани серця і великих судин тонкі, блискучі. Аорта і великі судини з гладкою інтимою. Еластичність судин збережена. Слизова оболонка гортані, трахеї і бронхів набрякла, різко гіперемійована, з численними зливними крововиливами, місцями з плоскими поверхневими дефектами. Легені пухнасті лише у верхніх передніх відділах, в задньо-нижніх виявляються великі вузли діаметром до 6 см, а також зливні вогнища темно-червоного кольору, які легко ріжуться ножем, з ділянками сірувато-жовтого кольору. При натискуванні з поверхні розрізу стікає рідина геморагічного характеру, а також краплі гною. Слизова оболонка глотки, стравоходу, шлунка і кишечника складчаста, рожевого кольору. Печінка розмірами 27x12x0,12x10 см, тістуватої консистенції, коричневого кольору на розрізі, з вогнищами жовтого кольору. Жовчні шляхи вільнопрохідні. Жовчний міхур містить помірну кількість жовчі темно-оливкового кольору. Слизова оболонка його бархатиста. Підшлункова залоза велико-часточкова, сірого кольору на розрізі. Селезінка збільшена в 1,5 раза, маса 280 г. На розрізі темно-вишневого кольору, пульпа її без зіскрібка. Нирки звичайних розмірів, масою 320 г обидві, капсули знімаються легко. Поверхня нирок гладка, межа шарів чітка, паренхіма нирок повнокровна. Слизова оболонка сечовивідних шляхів гладка, бліда. Тверда мозкова оболонка різко напружена, м'яка – набрякла. Під ними видно плоскі крововиливи, що широко розповсюджуються в ділянці великих півкуль і півкуль мозочка. Стовбурова частина мозку, біла речовина великих півкуль і паравентрикулярні зони з обох боків у

*стані розплавлення (кашоподібної консистенції). Некротизовані ділянки мозку просочені кров'ю. Шлуночки мозку розширені, наповнені рідкою кров'ю, змішаною з ліквором, а також зсідками крові.*

*Дані гістологічного дослідження. Легені – лейкоцитарна інфільтрація стінок бронхів, перибронхіальної стромы, в альвеолах геморагічний ексудат з домішкою лейкоцитів, деякі ділянки легеневої тканини просочені кров'ю.*

*Стінка трахеї – слизова оболонка частково зруйнована, просочена кров'ю і лейкоцитами (ерозивний геморагічний трахеїт).*

*Головний мозок – розрідження і руйнування глії, численна кількість “синіх шарів” гліального походження, стаз крові в капілярах, геморагічне просочування тканини мозку.*

*Дані вірусологічного дослідження тканин легень і головного мозку: виділено вірус типу А ІІ, що відноситься до збудників грипу.*

#### **ІV. ОБГОВОРЕННЯ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ ТЕМИ**

## Заняття № 4

### **Особливості проведення патологоанатомічного дослідження у випадку смерті від недуг інфекційної патології**

**Мотивація:** за положенням наказу № 81 МОЗ України 1992 р. трупи померлих від інфекційних недуг підлягають обов'язковому розтину. Останнім часом відзначають значний ріст інфекційної патології.

**Мета:** вивчити особливості проведення розтину в умовах епідобстановки.

**Завдання.** *Знати* основні принципи техніки проведення розтину померлих від інфекційної патології.

*Навчитись* визначати тактику та особливості розтину трупів померлих при підозрі на особливо небезпечні інфекції.

*Вміти* користуватись протичумним костюмом, приготувати дезрозчини та проводити відбір матеріалу для лабораторного дослідження у випадках смерті від особливо небезпечних інфекцій.

### **Оснащення заняття**

1. Протокол розтину.
2. Лікарське свідоцтво про смерть.
3. МКХ-Х.
4. Додаток У (Тимчасова інструкція про заходи запобігання зараженню персоналу патологоанатомічного бюро (відділення) при патологоанатомічних розтинах та морфологічних дослідженнях органів та тканин інфекційних хворих, заражених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)) до наказу № 81.
5. Додаток Ф до наказу № 81 (інструкція про бактеріологічне дослідження трупного матеріалу) до наказу № 81.
6. Протичумна укладка.

## **I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

### **1. Вивчити зміст додатка У до наказу № 81 МОЗ України**

Зміст додатка У до наказу № 81 МОЗ України

#### **ТИМ ЧАСОВА ІНСТРУКЦІЯ**

**про заходи запобігання зараженню персоналу патологоанатомічних бюро (відділень) при патологоанатомічних розтинах та морфологічних дослідженнях органів та тканин інфекційних хворих, заражених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)**

#### ***Заходи щодо попередження ВІЛ-інфікування персоналу патологоанатомічного відділення***

*1. У випадку підозри на СНІД медперсоналу відділу всі роботи проводити у двох парах гумових рукавиць, попередньо перевіривши їх цілість.*

*2. Розтин проводити у двох парах рукавиць, захисних окулярах, масці, при наявності чохла на взутті.*

*3. Під час розтину уникати попадання крові та біологічних рідин на відкриті частини тіла. При забрудненні кров'ю рук або інших ділянок тіла обробити їх дезрозчином або 70° спиртом.*

*4. При попаданні трупного матеріалу на слизові оболонки їх негайно обробити 0,5% розчином марганцевокислого калію, очі промити 1% розчином азотнокислого срібла, в ніс закапати 1% розчин протарголу, рот та глотку прополоскати 70° спиртом, або 0,5% розчином марганцевокислого калію, 1% розчином борної кислоти.*

*5. При порізі забезпечити максимальний відтік крові, промити рану проточною водою, розчином перекису водню, йодною настоянкою. На робочому столі повинні знаходитись банки з дезінфікуючими розчинами для обробки інструментів.*

*6. Предметні скельця, флакони, інструменти, які контактували з тканинами або біологічними рідинами хворого на СНІД, необхідно перед миттям помістити в дезінфікуючий розчин, після чого мити теплою проточною водою та стерилізувати згідно з інструкцією про протиепідемічний режим.*

*7. Поверхню робочих столів після роботи обробити дезрозчином.*

*8. Трупний матеріал від хворого на СНІД перед гістологічним проведенням витримати в 10% розчині формаліну впродовж 15 діб.*

*Персонал патологоанатомічних бюро (відділень) є контингентом дуже тісного контакту з ретровірусом, що викликає інфекцію ВІЛ, та збудником*

супровідних ВІЛу опортуністичних інфекцій (цитомегаловірусна, пневмоцистна інфекції та ін.).

ВІЛ стійкий до ультрафіолетового та гамма-випромінювання в дозах, що перевищують звичайні в 10 разів. При температурі 56 °С вірус гине через 10 хв. Вірус чутливий до етанолу – етилового спирту (25 °С та вище), 0,5 % розчину хлорного вапна, перекису водню та лізолу, хлораміну.

Персонал патологоанатомічних бюро (відділень), працюючи з матеріалом від хворого на інфекцію ВІЛ та при патологоанатомічних розтинках, має дотримуватися запобіжних заходів:

1. З матеріалом від хворого на інфекцію ВІЛ категорично забороняється працювати особам, хворим на грип, ГРВІ, гепатит, інфекційний мононуклеоз, з пошкодженням шкіри пальців, кистей рук, із загальним нездужанням, вагітним жінкам.

2. На розтині одягають два халати, шапочку, подвійну марлеву маску, окуляри чи прозорий щит, що закриває все обличчя, дві пари гумових рукавиць, гумові калоші або чохли на взуття. Після розтину одяг спалюється.

3. Секційний зал та секційні столи старанно миються 0,5 % розчином хлорного вапна чи 5 % розчином хлораміну.

Всі інструменти, що використовуються під час розтину, миють гарячою водою та стерилізують в автоклаві протягом 2-3 год або обробляють 3 % розчином хлораміну, чи дезінфікують в 0,5 % розчині хлорного вапна протягом 2-3 год.

Під час розтину не бажано мити органи водою під тиском для попередження розбризкування та користуватися електричною пилкою для розпилювання кісток.

4. При порізах під час розтину необхідно забезпечити максимальний відтік крові з рани, промити її проточною водою, промити перекисом водню та залити йодом. Про цю подію необхідно повідомити в СЕС. Ці особи повинні знаходитися під медичним наглядом та мають бути обстежені на знаходження вірусспецифічних антитіл в крові.

5. В лабораторії при вирізанні матеріалу від хворих на інфекцію ВІЛ (біопсії, секційний матеріал) одягають фартух, марлеву пов'язку, маску, одноразові гумові рукавиці.

6. Матеріал від хворого, що помер від інфекції ВІЛ (шматочки органів та тканин), необхідно фіксувати у формаліні не менше 12-15 діб у посуді з яскравою маркіровкою та позначкою, що добре впадає в очі. Тільки після вказаного строку фіксації матеріал дозволяється вирізати для приготування гістологічних препаратів.

7. Всі вищезазвані заходи застосовуються обов'язково також при розтині померлих з підозрою на інфекцію ВІЛ.

## **2. Вивчити зміст додатка Ф до наказу №81 МОЗ України**

Зміст додатка Ф до наказу №81 МОЗ України

### **І Н С Т Р У К Ц І Я**

#### **по взяттю матеріалу від трупа для бактеріологічного та вірусологічного досліджень**

1. Бактеріологічне та вірусологічне дослідження органів, крові, ліквору, патологічної рідини трупа застосовуються для виявлення (підтвердження) етіології інфекційних захворювань, оцінки правильності та ефективності антибактеріального лікування, що проводилося.

2. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження необхідно застосовувати також при розтині померлих від інших захворювань, що супроводжуються різними інфекційно-запальними процесами або ускладненнями (холециститами, ендокардитами, сепсисом, пневмонією, нагноєнням ран тощо).

3. При розтині померлого від інфекційного захворювання доцільна присутність бактеріолога чи вірусолога санітарно-протиепідемічного закладу, який проводить забір матеріалу від трупа, а також посів цього матеріалу на відповідні середовища безпосередньо на місці розтину. В його присутності патологоанатом зобов'язаний сам забрати необхідний матеріал. Для цього в секційній необхідно мати таке обладнання та предмети:

холодильник з температурою – 20 °С + 4 °С;

набір стерильних інструментів та стерильного посуду (банки, скальпелі, ножиці, пінцети, шпатель, платинові петлі, чашки Петрі, пробірки); стерильні шприци (10-20 мл) з довгими голками або шприци одноразового використання;

стерильні гумові рукавиці;

флакони із стерильним фізіологічним розчином;

пробірки чи флакони із стерильним 50 % розчином гліцерину на фізіологічному розчині;

герметично закриті гумовими корками флакони із стерильним безкислотним середовищем;

стерильні пробірки з ватними тампонами на паличках;

знежирені предметні скельця в закритому посуді (банці зі спиртом з притертою кришкою);

пляшка з денатурованим спиртом (300 мл);

спиртовий запальник та сірники;

бокс чи металевий контейнер (термос) для транспортування матеріалу;

*вата та марлеві салфетки;  
пергаментний та пакувальний папір, поліетиленові пакети;  
маркувальні паперові наклейки та банки для направлення матеріалу  
в лабораторії;*

*клей, олівець простий для запису на склі;  
дезінфікуючі розчини (хлорамін 3-5 % – 10 л).*

*4. Забір матеріалу від трупа необхідно проводити не пізніше 6-8 год після смерті. В окремих випадках при відповідних обставинах допускається забір матеріалу пізніше (24-48 год). В цих випадках для виділення патогенних мікробів проводяться посіви на поживні середовища для отримання дрібних розведень.*

*5. Проби для бактеріологічного, вірусологічного досліджень забираються: висіканням шматочків тканин, зскрібків, захопленням напіврідких мас на тампон, відсмоктуванням крові та інших рідин в пастерівську піпетку або шприц. При заборі матеріалу необхідно дотримуватись правил асептики.*

*6. При заборі матеріалу паренхіматозних органів, скелетних м'язів, шматочки їх тканин об'ємом 1-2 см<sup>3</sup> висікаються чистим скальпелем чи ножем, підхоплюються за вільний край пінцетом, обливаються зі всіх сторін спиртом і підпалюються. Після згоряння спирту шматочки негайно поміщають в стерильний посуд шляхом відрізання їх коло краю пінцета стерильними ножицями.*

*Шматочки тканин, призначені для гістологічного, бактеріоскопічного та цитовірусологічного, імунофлуоресцентного досліджень, забирають та фіксують у встановленому для гістологічних досліджень порядку.*

*7. Кістковий мозок груднини та інших трубчастих кісток забирають шляхом видавлення його кістковими щипцями. Поверхня розпилу кістки перед цим старанно відчищається від кісткових кришок стерильною салфеткою, змоченою в спирті, а потім старанно обпалюється полум'ям. Кістковий мозок діафізів трубчастих кісток збирають після розтину кістковомозкового каналу та знезараження поверхні розпилу полум'ям, шляхом вишкрябання його стерильним інструментом.*

*8. Густих вміст з порожнин (кишень гнійних напливів, ранового каналу, кишечника та ін.) може забиратися на стерильний тампон чи шпатель після розсікання стінки порожнини попередньо знезараженої поверхні в місцях допустимих розрізів.*

*9. Забір матеріалу з поверхні вогнищ ураження (шкіри, слизових оболонок та ін.) проводиться шляхом зішкрябання змінених тканин та підсохлих виділень за допомогою стерильного інструмента.*

10. Для забору матеріалу з порожнини черепа черепну коробку обмивають спиртом. Розпил кісток проводиться стерильно відмитою в 10 % розчині лізолу та старанно обробленою спиртом пилкою, стараючись при цьому не пошкодити тверду мозкову оболонку. Після видалення кісток склепіння черепа тверда мозкова оболонка протирається спиртом чи обпалюється. Рідина з субдурального простору забирається через прокол за допомогою стерильного шприца чи пастерівської піпетки. Можливий забір матеріалу на тампон після розсікання твердої мозкової оболонки стерильними ножицями.

Стерильним інструментом проводяться також висікання шматочків зміненої мозкової оболонки та шматочків тканини головного мозку до витягування його з порожнини черепа.

Після видалення головного мозку з порожнини черепа шматочки тканини забираються відповідно до п.6 даної інструкції.

11. Проби крові забираються до розтину черепа та проведення евісцерачії. Після видалення груднини розтинають серцеву сорочку. Поверхню правого шлуночка проколюють кінцем стерильної пастерівської піпетки або товстою голкою шприца. Кров у піпетку за допомогою гумового балончика насмоктують у кількості 10-20 мл.

Забір крові можна проводити також з порожнини правого передсердя чи порожнистих вен.

Для виявлення антигенів вірусу гепатиту декілька крапель крові наносяться на смужки чистого фільтрувального паперу, котрий після висушування на повітрі направляється в конверті у вірусологічну лабораторію.

12. Забір рідкого вмісту порожнин проводять шприцом, пастерівською піпеткою чи тампоном після розсікання їх стінок в стерильних умовах. Вміст кишкового закирива забирають шляхом відсікання цілих окремих нерозтяжних ділянок кишки, попередньо перев'язавши їх з обох кінців.

Дрібні порожнисті утворення в тканинах та порожнисті органи (жовчний міхур після перев'язки міхурової протоки) забираються цілком.

13. Для проведення бактеріологічних, цитовірусологічних та імунофлуоресцентних досліджень з тих же місць, звідки забрали проби для бактеріологічних (вірусологічних) досліджень, забираються мазки – відбитки на знежирені предметні скельця, які після підсихання одразу ж піддають фіксації в ацетоні (8 хв), метиловому спирті (5 хв) або в суміші Никифорова (10-15 хв).

14. При заборі проб, що призначені для видалення анаеробної флори, крім дотримання правил асептики, максимально обмежується контакт



матеріалу з атмосферним повітрям. Шматочки тканин об'ємом 2-3 см<sup>3</sup> після знезараження поверхні полум'ям швидко поміщають в стерильний посуд з щільними кришками та направляють в бактеріоскопічну лабораторію. Забір рідин проводять при допомозі шприца, по можливості з глибини тканини чи з порожнин або абсцесів з непошкодженими стінками. Отримана рідина зразу ж вприскується в герметичний флакон (шляхом проколу гумового корка); не допускається проникнення повітря всередину флакона.

15. Час між забором матеріалу та його дослідженням має бути максимально короткий. Взятий матеріал або засівають на відповідні середовища безпосередньо в секційному залі, біля секційного столу, або негайно доставляють в лабораторію. Зберігати матеріал для бактеріологічних досліджень дозволяється тільки в термостаті (холодильнику) при температурі +4 °С чи в 50 % розчині гліцерину протягом однієї доби.

16. Направлення в лабораторію повинно мати основні відомості, необхідні для проведення дослідження: найменування матеріалу, час і місце забору та маркіровку проб, прізвище, ім'я та по батькові померлого, номер протоколу розтину, клінічний та патологоанатомічний діагнози, тривалість захворювання, відомості про те, які антибіотики застосовувалися для лікування, конкретну мету дослідження, прізвище лікаря, його посаду, адресу установи, що направила матеріал.

Мета дослідження формулюється відповідно до питань, що вирішуються під час розтину. Найчастіше вона може бути обмежена ідентифікацією патогенного збудника інфекційної хвороби та визначенням його чутливості до антибіотиків.

18. Перед відправкою матеріалу в лабораторію краї посуду в місцях змикання їх з корком заливаються сургучем чи парафіном. Посуд кладеться в поліетиленовий пакет, разом з біркою, після чого пакет зав'язується. Під час пакування матеріалу в контейнери, бокси, коробки необхідно дотримуватись запобіжних заходів, виключати можливість биття скляного посуду при транспортуванні. Вірусологічні проби поміщають в контейнери (термостати) з сухим льодом.

19. Доставка зараженого матеріалу проводиться посильним.

20. Оцінку результатів бактеріологічного (вірусологічного) дослідження проводять комплексно з урахуванням патологоанатомічних даних, прижиттєвих клініко-лабораторних досліджень, особливостей клінічної картини захворювання та епідеміологічних обставин.

### **Порядок дій лікаря патологоанатома при виявленні на секції змін, характерних для чуми, холери, натуральної віспи**

При отриманні повідомлення про доставку в морг трупа особи, померлої від карантинного або іншого небезпечного інфекційного захворювання, а також при підозрі на це захворювання при патологоанатомічному дослідженні трупа прозектор зобов'язаний:

1. Припинити подальший розтин трупа, накрити труп простиралом, не застосовуючи при цьому дезінфікуючих речовин. Якщо одночасно проводиться секція декількох трупів – припинити їх розтини.

2. Закрити двері, вікна, кватирки в прозекторській, заборонити вхід і вихід із неї.

3. По історії хвороби (за її наявності) уточнити дані клінічного та епідемічного досліджень померлого і повідомити завідуючого відділом та головного лікаря лікарні про виявлення ознак карантинного захворювання у померлого.

4. Забезпечити захист приміщень від зальоту мух і вжити заходи щодо попередження попадання зливних вод в каналізацію.

5. Зняти одяг, в якому був розпочатий розтин, обробити відкриті частини тіла 70 % спиртом, слизові оболонки антибіотиками, переодягнутися у спеціальний захисний одяг.

6. Провести поточну дезінфекцію прозекторської та інструментів.

Після прибуття консультантів – фахівців СЕС спільно, за узгодженням із керівництвом бюро судово-медичної експертизи, вирішується питання щодо подальших дій лікаря судово-медичного експерта у даному випадку (подальший розтин, забір матеріалу для епідеміологічного дослідження під контролем фахівців СЕС чи інше).

Подальша тактика роботи по розтину трупа і забору матеріалу для лабораторних досліджень визначається судово-медичним експертом разом з керівництвом лікарні і СЕС із урахуванням нозологічної форми захворювання, термінів можливого прибуття спеціалістів-консультантів. У випадках, коли прибуття консультантів не може бути здійснено вчасно (протягом 3-4 год), судово-медичний експерт закінчує розтин трупа і проводить забір матеріалу для лабораторного (бактеріологічного або вірусного) дослідження.

Забір матеріалу для лабораторних досліджень під час розтину проводить бактеріолог-спеціаліст з особливо небезпечних інфекцій.

Після розтину труп орошають дезрозчином, загортають в простирало, змочене дезрозчином, і поміщають в металеву або дерев'яну труну, оббиту зсередини клейонкою. На дно засипають хлорне вапно шаром не менше 10 см.

*Після розтину всі особи, які брали в ньому участь, підлягають ізоляції. Приміщення, інструментарій, одяг підлягають дезобробці.*

*Розтин трупів людей, померлих від чуми, проводять в захисному (протичумному) костюмі I-го типу (комбінезон або піжама, капюшон або велика хустка, протичумний халат, ватно-марлева маска, окуляри, шкарпетки, гумові чоботи, рушник); від холери – в захисному костюмі II-го типу (полегшеному на відміну від костюма I-го типу – без окулярів та маски); від натуральної віспи – в костюмі II-го типу – з ватно-марлевою маскою. Додатково вдягають клейончасті або поліетиленові фартух та наруківники. У випадку знайдення при розтині змін, характерних для карантинних інфекцій, особам, які брали участь в розтині без протичумного костюма, призначають екстрену профілактику:*

*а) при чумі протягом 5 діб стрептоміцин 2 рази в день по 0,5 г внутрішньом'язово, тетрациклін, окситетрациклін 3 рази в день перорально;*

*б) при попаданні трупного матеріалу на слизові оболонки останні негайно обробляють: при чумі – розчином стрептоміцину 0,25-0,5 в 1 мл (закапування в ніс або введення аерозолі).*

*Ізоляція працівників, які брали участь в розтині трупа без протичумного костюма, є обов'язковою: при чумі тривалістю 6 діб, при натуральній віспі – 14 діб.*

### **Режим розтину та відбір матеріалу для лабораторного дослідження**

*При виявленні під час розтину змін, характерних для карантинних та інших небезпечних інфекційних захворювань, лікар судово-медичний експерт зобов'язаний:*

*а) не виходячи з прозекторської, за історією хвороби та у лікуючого лікаря уточнити клінічні та епідеміологічні дані;*

*б) терміново по телефону або кур'єром повідомити головного лікаря лікарні про виявлене захворювання або підозру на нього;*

*в) тимчасово припинити розтин трупа, накривши його простиралом;*

*г) зачинити двері, вікна, квартирки, заборонити вхід та вихід з прозектури;*

*д) припинити попадання змивних вод з прозектури в загальнолікарняну або міську каналізацію;*

*е) надіти захисний одяг того чи іншого типу залежно від нозологічної форми;*

*є) провести обеззаражування інструментів та приміщення прозектури.*

*Подальша тактика роботи по розтині трупа та взяття матеріалу визначається в кожному конкретному випадку лікарем судово-медичним*

експертом разом з керівництвом лікарні і СЕС із врахуванням нозологічної форми захворювання, термінів, можливого прибуття спеціалістів-консультантів. У випадках, коли прибуття консультантів не може бути здійснено своєчасно (протягом 3-4 год), лікар судмедексперт закінчує розтин трупа та проводить взяття матеріалу для лабораторного (бактеріологічного або вірусологічного) дослідження.

При отриманні повідомлення про доставку в прозектуру трупа особи, померлої від карантинної або іншої небезпечної інфекційної хвороби, а також при підозрі на таку хворобу тактика лікаря судово-медичного експерта по підготовці до розтину з виконанням вимог протиепідемічного режиму роботи така:

а) звільнення приміщення прозектури від трупів, які в ній знаходяться (припинення або дострокове закінчення розтину);

б) зачинення вікон, квартирок, вихід всіх осіб, які перебувають у прозектурі, та заборона входу туди;

в) приготування необхідного для режимного розтину інвентаря, майна (в т.ч. укладки для забору матеріалу), дезрозчинів;

г) забезпечення особистого захисту (захисний одяг, термінова профілактика залежно від виду інфекції);

д) відключення секційного стола та інших стоків від міської або лікарняної каналізації та встановлення ємностей для забору та знешкодження стоків.

### **Тактика та особливості розтинів трупів померлих при підозрі на особливо небезпечні інфекції**

Розтин трупів померлих від карантинних та інших небезпечних інфекцій, захворювань або при підозрі на них проводиться в присутності консультантів – спеціалістів з цих інфекцій, які визначені комплексним планом заходів по санітарній охороні даної адміністративної території.

Забір матеріалу для лабораторних досліджень під час розтину проводиться бактеріологом-спеціалістом з особливо небезпечних інфекцій.

Виклик консультантів забезпечує адміністрація бюро.

Розтин померлих від особливо небезпечних інфекцій: (чума, холера, натуральна віспа), а також від гострих інфекційних захворювань і при підозрі на них має ряд специфічних особливостей.

Ці особливості зводяться до дуже суворих заходів застереження персоналу від можливого зараження, а також попередження розсіювання збудника за межі місця, де проводиться розтин, під час транспортування й поховання трупів.

*Мікробіологічне, гістологічне дослідження матеріалу з трупів осіб, що померли від холери, має винятково важливе значення для її первинної діагностики й проведення протиепідемічних заходів.*

*Розтин трупів і всі інші роботи в осередку інфекції проводяться за суворо встановленим для карантинних захворювань режимом.*

*У випадках, коли смерть хворого з підозрою на холеру настала в лікувальному закладі, розтин трупа роблять у секційній лікарні з використанням наявного в ній інвентаря й дотриманням усіх запобіжних заходів.*

*Перед початком розтину трупа готується достатня кількість (3-4 відра) розчину дезінфікуючих засобів, гідропульт або інші апарати, котрі дають змогу розбризкувати (для зрошення інвентаря, одягу й помешкання після закінчення розтину).*

*Перед дверима у секційну кладуть у низькому тазі килимок із губчастої гуми або ганчірок, котрі добре змочуються дезрозчином, для витирання взуття при виході із секційної.*

*При наявності в секційній мух, бліх, інших комах стіни, підлогу й стелю обробляють 5-10 % розчином хлорофосу.*

*Якщо смерть хворого з підозрою на холеру настала поза лікувальним закладом, то труп для дослідження, дотримуючись правил безпеки, доставляють у морг, передбачений планом протиепідемічних заходів щодо міста (району).*

*У випадках, коли перевезення трупа пов'язане з великими труднощами (відстань, погані дороги та ін.), розтин роблять в ізольованому помешканні, достатньо світлому, захищеному від мух, із щільними стінами, без щілин. Дослідження трупа здійснюється по можливості при денному світлі.*

*Іноді, в особливих випадках, розтин проводять у місцях, віддалених від населених пунктів, у польових умовах, на місці поховання. Могили глибиною не менше 2-х метрів готують на ділянках, де немає високого стояння ґрунтових вод. Для зручності розтину з виїнятої землі робиться насип, що заміняє секційний стіл і розташований на відстані 0,8-0,7 м від краю ями. Між насипом і краєм ями роблять уступ шириною 0,5 м і довжиною близько 1 м. Уступ необхідний для того, щоб висота насипу рівнялася 70-80 см.*

*У населених пунктах при організації стаціонару для хворих на холеру виділяється помешкання під секційний блок, яке розміщується на території стаціонару або (у крайньому випадку) недалеко від нього. Це помешкання служить одночасно для збереження трупа до і після його розтину. При організації секційного блока поза стаціонаром він обноситься парканом і забезпечується охороною.*

*Помешкання секційної повинно бути забезпечене секційним столом, секційним інструментарієм, дезінфікуючими рідинами, посудом і ін.*

*Секційний стіл забезпечується бортами висотою 2-3 см, із верхньою кришкою, оббитою оцинкованим залізом, білою жерстю (місця стику металевих листів запаюються) або медичною клейонкою.*

*При відсутності столу розтин можна робити у труні або ящику, що заміняє труну; у цих випадках труна (ящик), так само як і кришка секційного столу, оббивається всередині жерстю або клейонкою.*

*Розрізи органів роблять на препарувальному столику або дощці з бортами висотою 2-3см. Препарувальна дошка кладеться прямо на живіт трупа.*

*У секційній повинні знаходитися два великі тази або баки з дезінфікуючими розчинами: в одному обмивають взуття присутніх на розтині, а у другому замочують використаний спецодяг. Баки розміщують у секційній, а в окремому посуді, у відрах або тазях, містять дезінфікуючі розчини для обмивання рук; тут же зберігають повний секційний набір, стерилізатор, примус або пропан-бутановий пальник і великі каструлі для кип'ятіння води.*

*На окремому столі розміщується все необхідне для взяття матеріалу бактеріологічного й гістологічного досліджень: широкогорлі стерилізовані банки з притертими пробками ємністю 100-300 мл, стерильні чашки Петрі, пробірки, предметні скельця та ін.*

*Для шматочків органів, узятих на гістологічне дослідження, необхідно мати набір широкогорлих банок, об'ємом 100-300 мл і заздалегідь приготовлені фіксуючі рідини (10-12 % розчин кислого й нейтрального формаліну, абсолютний спирт, фіксатор Шабадаша).*

*Для приготування музейних препаратів використовують музейні банки з фіксуючою рідиною (10 % розчину формаліну і рідини Н.Ф. Мельникова-Разведенкова, Кайзеленга та ін.).*

*Органи, взяті для патологоанатомічного музею, можуть бути винесені із секційного приміщення тільки після бактеріологічного підтвердження їхньої стерильності.*

*Шматочки органів для бактеріологічного контролю беруться не тільки з поверхні, але обов'язково і з глибини препарату.*

*У секційній повинні зберігатися в достатній кількості дезінфікуючі засоби: 5-8 % розчин лізолу, 5 % розчин карболової кислоти, 3-5 % розчин хлораміну, хлорне й негашене вапно.*

*У суміжному приміщенні (кімнати, коридорі) у спеціальній шафі зберігаються чиста білизна та спецодяг для медичного персоналу.*

*При розтинах у польових умовах, крім інструментів, спецодягу, устаткування для взяття матеріалу, дезінфікуючих речовин, клейончастих мішків для використаного спецодягу, необхідно мати ємності для приготування дезрозчинів (тази, відра). Воду краще возити із собою, використовуючи для транспортування 3-4 кисневі подушки.*

*При розтині у польових умовах у холодну пору року або в недостатньо опалювальній секційній руці відігрівають у теплому дезінфікуючому розчині. Воду нагрівають на вогнищі, розташованому поблизу від місця розтину, або на примусі.*

*При епідеміологічному обстеженні випадку смерті з підозрою на особливо небезпечну інфекцію може виникнути необхідність в ексгумації трупа. Навіть якщо поховання зроблене давно, і є підстава припускати значне розкладання, розтин ексгумованого трупа усе ж може дати багато цінного для з'ясування етіології підозрюваного захворювання й питань епідеміології.*

*У зимових умовах можливість бактеріологічного підтвердження діагнозу значно зростає. Холерні вібріони зберігаються в трупах декілька днів, рідко протягом місяця.*

*При епідеміологічному обстеженні випадку смерті з'ясовують місце і засіб поховання.*

*Труп витягається за допомогою мотузок прямо з труною. Якщо поховання проводилося без труни, то під труп підкладають широку дошку або щит із дощок, на якому його витягають з могили.*

*Обстеження трупа й узяття матеріалу для бактеріологічного дослідження проводиться на краю могили. При повторному похованні необхідно відновити старий вигляд могили.*

*Перед входом у приміщення, де знаходиться труп, медичний персонал вдягається в захисні костюми (у передсекційній або іншому помешканні, де зберігаються чиста білизна і спецодяг).*

*При розтині варто додатково вдягнути клейончастий фартух, клейончасті нарукавники і другу пару гумових рукавичок.*

*Для знезаражування помешкання, у якому проводилося дослідження трупа з підозрою на холеру, застосовують такі дезінфікуючі засоби: 1-2 % р-н хлораміну, 0,5 % р-н ДТСКГ, 2 % р-н метасилікату натрію, 1 % освітлений розчин хлорного вапна, 0,1 % р-н сульфохлорантину, 5 % р-н лізолу, 3 % р-н перекису водню з 5 % р-ном миючого засобу.*

*Підлогу, стіни й меблі зрошують одним із перерахованих вище дезінфікуючих засобів при нормі витрати 0,3-0,5 л/м<sup>2</sup> поверхні залежно від забруднення. Експозиція обробки – 1 год.*

*Інструментарій та інші предмети, що використовувалися при розтині трупа, знезаражують шляхом кип'ятіння у 2 % р-ні соди протягом 15 хвилин або шляхом занурення в 1-2 % р-н хлораміну, або 3 % р-н перекису водню з 0,5 % розчином миючого засобу.*

*Захисний одяг, рушники збирають у спеціальний мішок, зволожують в одному із зазначених вище дезінфікуючих засобів і відправляють для дезобробки в камери або піддають негайному знезаражуванню шляхом занурення в 2 % розчин хлораміну або 5 % розчин лізолу на 2 години з розрахунку 1 кг сухої білизни на 5 л дезінфікуючого розчину.*

*Розтин трупів осіб, померлих від захворювань, викликаних особливо небезпечними інфекціями, і при підозрі на них, проводять звичайними методами. Узяття матеріалу для лабораторного дослідження роблять фахівці з особливо небезпечних інфекцій.*

*Найбільш зручним для секційного дослідження є метод класичної евісцерації, при якому органи витягаються окремими комплексами, створюючи широкий доступ для їх огляду. Іноді можна вдатися до огляду й розтину органів "на місці", без витягання їх із трупа. Цей метод має переваги в тому, що при розтині органів інфікована рідина стікає в порожнини трупа і тим самим зменшується забруднення столу. Основною хвибою даного методу є обмежені можливості для огляду й вивчення змін в органах.*

*Метод повної евісцерації (за Г.В. Шором) не рекомендують використовувати, оскільки доводиться працювати з великим комплексом органів, а це може призвести до забруднення й інфікування оточення шляхом розбризкування, стікання рідини з препарувального столика або дошки.*

*Щоб уникнути ушкодження рукавичок і рук при роз'єднанні злук між листками плеври, кінці ребер закривають шкірою грудної клітини або шматком дрانتя.*

*Кишечник розрізають тільки після того, як був узятий матеріал для бактеріологічного дослідження.*

*При взятті матеріалу від трупа для бактеріологічного дослідження проби з кожного органа необхідно брати стерильно, в окрему банку, і особливу увагу треба звернути на неприпустимість залишення дезрозчину (а при підозрі на холеру навіть слідів) на інструментах, рукавичках і в склянках, куди поміщають шматочки органів.*

*Для гістологічного дослідження краще брати шматочки з усіх органів.*

*Зовнішню поверхню посуду з матеріалом протирають тампоном, змоченим у дезрозчині, і поміщають у бікс або ящик, перекладаючи об'єкти ватуою. Пробірки попередньо поміщають у металеві футляри, обгорнувши їх ватуою.*



*Бікс (ящик) із матеріалом повинний бути опечатаний і якомога швидше відправлений у спеціальну лабораторію (не на громадському транспорті).*

*Якщо під час секції виникла серйозна підозра, що смерть настала від холери, вживають заходи, спрямовані на попередження можливого поширення інфекції. Розтин припиняється, труп накривають простирадлом.*

*Якщо одночасно проводилося декілька розтинів, то вони також припиняються.*

*Закривають вікна й квартирки секційної для захисту помешкання від мух. Припиняється стік промивних вод. Останні збирають у відра, що містять дезінфікуючі розчини.*

*Про попередні результати розтину одразу необхідно доповісти начальнику бюро.*

*Подальші заходи вживають відповідно до плану протиепідемічних заходів.*

*Після розтину усі внутрішні органи і головний мозок вкладають, відповідно, у грудну й черевну порожнини, а також у порожнину черепа, куди потім закладають дрантя, змочене 5% розчином лізолу. Труп загортають у простирадла, зволожені в розчині лізолу, вкладають у щільну труну (ящик) із товстих дощок, на дно якого насипають хлорне вапно шаром не менше 10 см. Труп у труні засипають зверху товстим шаром хлорного вапна і закривають кришкою.*

*Особи, що проводять розтин трупів померлих від особливо небезпечних інфекцій, повинні працювати в подвійному комплекті санітарного одягу та спецодягу.*

*Весь спецодяг, санітарний одяг та взуття, що використовуються для проведення розтинів, зберігають в окремій шафі, в передсекційній або ж секційній кімнаті.*

*При розтині інфекційного трупа санітарний одяг і спецодяг, що контактували з трупом, перед пранням обов'язково дезінфікують залежно від виду інфекції.*

*Халати і тапочки треба прати в міру забруднення, а фартухи, нарукавники та рукавиці мити та дезінфікувати після кожного розтину.*

*Винос для прання санітарного одягу, спецодягу та білизни додому категорично заборонений.*

*Для персоналу моргу біля вмивальників постійно мають бути мило та щітка для миття рук, а також рушник.*

*Біля вмивальника для миття рук має бути посуд з 5 % розчином хлораміну, який треба міняти кожні 7 днів. Після розтину рукавиці й руки треба мити цим розчином.*

## ПАМ'ЯТКА ПО ЗАБОРУ МАТЕРІАЛУ ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

№ п/п	Назва інфекції	Який матеріал береться для мікробіологічного дослідження
1	2	3
1.	Стафілококові інфекції, стрептококові, синьогнійна паличка	Гній, ексудат, кров, ділянки уражених тканин та органів, зскрібки зі слизової оболонки глотки. При стафілококових кишкових отруєннях – вміст кишківника
2.	Менінгококова інфекція	Спинномозкова рідина, мозкові оболонки, кров, слиз із зіва, тканинна рідина (зскрібки, слиз, гній)
3.	Гонококова інфекція	Виділення уретри, піхви, шийки матки, прямої кишки, передміхурової залози, ексудат суглобів, запалення додатків очеревини
4.	Газова гангрена	Шматочки тканини в ділянці рани та уражених тканин, органів, апендикса, перитонеальна рідина, секрет шийки матки, легені, кров (залежно від клінічних проявів інфекції)
5.	Правець	Гній, шматочки тканини в ураженій ділянці, кров
6.	Пневмококова, капсульні бактерії Афанасьєва, Пфейфера	Легені, слиз носоглотки та мокрота, кров, гній, сеча, спинномозкова рідина, плевральна та інші ексудати, органи
7.	Коклюш	Легені, слиз носоглотки
8.	Черевний тиф, паратифи	Кров, жовч, дуоденальний вміст, зскрібок, вміст тонкого кишечника, сеча, спинномозкова рідина, гній, внутрішні органи (селезінка, печінка, кістковий мозок, шматочки виразково зміненого кишечника)
9.	Харчові отруєння, ботулізм	Вміст кишечника, кров, внутрішні органи
10.	Дизентерія	Вміст кишечника та його шматочки (особливо нижніх відділів товстої кишки), сеча, кров
11.	Холера	Вміст шлунка, кишечника та його шматочки (тонкої кишки), жовч, кров, внутрішні органи, особливо жовчний міхур
12.	Чума	Лімфатичні залози (бубони), кров, внутрішні органи, особливо легені, селезінка, печінка, слиз зіва, мокрота, шматочки ураженої шкіри, спинномозкова рідина, кістковий мозок

1	2	3
13.	Віспа	Виділення слизових, шматочки шкіри та слизових з елемента висипки, лусочки, кірочки
14.	Бруцельоз	Кров, сеча, внутрішні органи (особливо печінка, селезінка, спинномозкова рідина, гній, ексудат уражених тканин та органів, молочні залози у жінок)
15.	Сибірка	Уражені ділянки шкіри та інших тканин, лімфатичні залози, кров, ексудати, внутрішні органи, спинномозкова рідина, кістковий мозок
16.	Сап	Шматочки шкіри та слизових оболонок у виразково змінених ділянках, лімфатичні залози, шматочки кишківника, тканини та абсцесів, внутрішні органи, спинномозкова рідина
17.	Дифтерія, ангіна Венсана	Плівки та виділення з уражених ділянок слизових оболонок (зіва, носа, статевих органів, очей); шкіра, кров
18.	Туберкульоз	Харкотиння та мазки з гортані, шматочки легень та інших внутрішніх органів залежно від характеру ураження, сеча, спинномозкова рідина
19.	Актиномікоз, бластомікози та інші дисеміновані мікози	Гній та шматочки тканин у ділянці ураження, харкотиння, шматочки легень та інших органів залежно від характеру ураження
20.	Поворотний тиф, малярія, лептоспірози	Кров, внутрішні органи (особливо селезінка, печінка, мозок), спинномозкова рідина, сеча при лептоспірозі
21.	Сифіліс	Виділення слизових оболонок, шматочки тканини в ділянці ураження, внутрішні органи
22.	Лейшманіоз	Внутрішній кістковий мозок, селезінка, печінка, кров
23.	Висипний тиф	Кров, внутрішні органи, шматочки шкіри з елементами висипу
24.	Сказ	Мозок (особливо в ділянці амонічного рога)
25.	Енцефаліти	Мозок, кров, спинномозкова рідина, периферичні нерви, внутрішні органи
26.	Поліомієліт	Мозок (особливо довгастий та спинний), вміст кишечника, кров
27.	Грип	Шматочки трахеї, легень, виділення носоглотки, кров

## **ПОРЯДОК ВДЯГАННЯ ПРОТИЧУМНОГО КОСТЮМА**

Протичумний костюм одягають до входу в секційне відділення. Костюм необхідно одягати не поспішаючи, у суворо встановленій послідовності, ретельно, щоб у ньому було зручно і безпечно працювати.

### **Порядок одягання костюма такий:**

1. Вдягнути комбінезон або піжаму, шкарпетки, тапочки, гумові або шкіряні чоботи.

2. Надягти каптур або велику косинку (щоб закривали волосся, лоб, вуха і шию).

3. Вдягнути протичумний халат.

4. Шворки коміра, пояси халата, фартуха зав'язати попереду на лівому боці обов'язково петлею, закріпити шворки на рукавах.

5. На обличчя надягти ватно-марлеву маску так, щоб були закриті ніс і рот, для чого верхній край маски повинен знаходитись на рівні нижньої частини орбіт, а нижній – заходити на підборіддя. Верхні шворки маски зав'язують петлею на потилиці, а нижні – на тімені (на кшталт працюючої пов'язки).

6. Одягнувши респіратор (маску), з боків крил носа закладають ватні кульки і вживають заходи для того, щоб повітря не фільтрувалося поза маскою.

7. Натерти скельця окулярів спеціальним олівцем або сухим милом, щоб запобігти їхньому запотіванню.

8. Надягти окуляри (вони повинні бути добрі припасовані і перевірені на відсутність фільтрації повітря і на міцність).

9. Вільне місце на переніссі закласти ватним тампоном.

10. Надягти гумові рукавички, попередньо перевірені на цілість.

11. Вдягнути клейончастий або поліетиленовий фартух, такі ж нарукавники.

12. Надягти другу пару гумових рукавиць.

13. За пояс халата справа закласти рушник.

## **ПОРЯДОК ЗНЯТТЯ ПРОТИЧУМНОГО КОСТЮМА**

Захисний костюм знімають після роботи в спеціально виділеному приміщенні або в тій же кімнаті, де проводилася робота, але після повного знезараження цього приміщення. Для знезараження костюма повинні бути передбачені:

а) таз або бачок з дезінфікуючим розчином для обробки зовнішньої поверхні чобіт або калош;

б) металевий бак із дезінфікуючим розчином для знезараження халата, каптура або косинки, рукавичок або рушника;

в) таз із дезінфікуючим розчином для знезараження рук;

г) банка з притертим корком з 70° спиртом – для знезараження окулярів;

д) каструля з дезінфікуючим розчином або мильною водою для знезараження ватно-марлевих масок (в останньому випадку – кип'ятінням протягом 30 хв, у 2 % розчині соди – 15 хв).

При знезараженні костюма дезінфікуючими розчинами усі його частини повністю занурюють у розчин.

У тих випадках, коли знезараження проводиться автоклавуванням або в дезкамері, костюм складається в бікси або камерні мішки, які ззовні обробляються дезінфікуючими розчинами.

Знімають костюм повільно, не поспішаючи, і в суворо встановленому порядку. Після зняття кожної частини костюма руки в рукавичках занурюють у дезінфікуючий розчин. Для миття кожної калоші або чобота беруть окрему ганчірку. Усі предмети костюма в порядку їх зняття цілком занурюють у бак з дезінфікуючим розчином (5 % розчин хлораміну) або складають у великі бікси для знезараження автоклавуванням. Для перенесення в дезкамеру їх поміщають у камерні мішки. Бікси і камерні мішки зовні ретельно обмивають дезінфікуючим розчином. Окуляри знімають, не торкаючись їхньої внутрішньої поверхні.

### **Костюм знімають у такому порядку:**

1. Злегка зволожити костюм дезінфікуючим розчином.
2. Старанно протягом 1-3 хв помити у дезінфікуючому розчині руки в рукавичках;
3. Ганчіркою, зволоженою дезінфікуючим розчином, обмити клейончастий фартух і нарукавники.
4. Чоботи і калоші обтерти ганчіркою з дезінфікуючим розчином зверху донизу.
5. Повільно зняти рушник і занурити його у дезінфікуючий розчин.
6. Руки в рукавичках занурити у дезінфікуючий розчин.
7. Зняти клейончастий фартух, згортаючи його зовнішньою стороною всередину, і другу пару рукавичок (анатомічних).

8. Руки у першій парі рукавичок занурити у дезінфікуючий розчин.
9. Зняти окуляри, відтягуючи їх двома руками вперед, нагору і назад.
10. Занурити їх у 70° спирт на 20 хв.
11. Руки у рукавичках занурити у дезінфікуючий розчин.
12. Зняти ватно-марлеву маску, не торкаючись обличчя її зовнішньою стороною, і згорнути всередину з кінця її зав'язок.
13. Руки у рукавичках занурити у дезінфікуючий розчин.
14. Розв'язати шворки коміра і пояс халата, стягти верхній край рукавичок, розв'язати шворки рукавів і зняти халат.
15. Руки у рукавичках занурити у дезінфікуючий розчин.
16. Зняти косинку, згортаючи кожен кінець її назвні трубочкою і захопивши на потилиці її кінці в одну руку.
17. Руки у рукавичках занурити у дезінфікуючий розчин.
18. Зняти рукавички, обережно перевіряючи їх цілість шляхом набирання в них дезінфікуючого розчину (**не повітря!**).
19. Чоботи або калоші ще раз обмити в баці з дезінфікуючим розчином і зняти у чистому приміщенні.
20. Після зняття костюма помити руки теплою водою з милом та прийняти душ.

**Укладка для проведення досліджень та забору матеріалу від груп осіб з підозрою на захворювання на чуму, холеру, натуральну віспу**

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Балони гумові   | – 2 шт. |
| 2. Банки з притертими корками 60,0                             | – 5 шт. |
| 3. Банки з притертими корками 100,0                            | – 1 шт. |
| 4. Банки з притертими корками 250,0                            | – 1 шт. |
| 5. Блокнот, простий олівець                                    | – 2 шт. |
| 6. Бутель літровий (для дезрозчинів)                           | – 1 шт. |
| 7. Вата 100,0  | – 2 шт. |
| 8. Вода дистильована по 0,5<br>в стерильних пробірках, ампулах | – 2 шт. |
| 9. Джгут гумовий   | – 2 шт. |
| 10. Олівець по склі  | – 1 шт. |
| 11. Контейнер стерилізаційний                                  | – 1 шт. |
| 12. Контейнер для доставки матеріалу<br>в лабораторії          | – 1 шт. |

13. Ложки чайні стерильні	– 2 шт.
14. Марля	– 1 м.
15. Мило	– 1 к.
16. Ножиці	– 2 п.
17. Плівка хлорвінілова	– 1 м.
18. Піпетки пастерівські	– 3 шт.
19. Пера віспоприщепні	– 5 шт.
20. Пінцет анатомічний	– 1 шт.
21. Пінцет хірургічний	– 1 шт.
22. Пінцет зубний стерильний, загорнутий в марлю	– 1 шт.
23. Рушники	– 2 шт.
24. Пробірки бактеріологічні стерильні, загорнуті в марлю	– 3 шт.
25. Петлі алюмінієві стерильні	– 2 шт.
26. Лейкопластир	– 1 шт.
27. Рукавиці гумові	– 2 п.
28. Скальпель	– 2 шт.
29. Спирт	– 50.0
30. Спиртівка	– 1 шт.
31. Склянка для інструментів	– 1 шт.
32. Скельця предметні, загорнуті в марлю	– 12 шт.
33. Сірники	– 1 п.
34. Таблетки тетрацикліну	– 100 шт.
35. Тампони стерильні в банці	– 20 шт.
36. Хлорамін у банці	– 150.0
37. Чашки Петрі стерильні	– 5 шт.
38. Шпателі дерев'яні	– 3 шт.
39. Шприц 5,0 з 2 голками	– 1 шт.
40. Ефір	– 1 шт.
41. Протичумний костюм І-го типу з фартухом і нарукавниками, мішками з клейонки і 2-ма парами рукавиць	– 2 шт.
42. Етикетки для банок	– 10 шт.
43. Електрична плита	– 1 шт.
44. Бак на 20 л для збору стічних вод	– 1 шт.

- |   |          |
|---|----------|
| 45. Стерилізатор для інструментів   | – 1 шт.  |
| 46. Відра емальовані або оцинковані<br>для розведення дезінфікуючих засобів                           | – 4 шт.  |
| 47. Гідропульт для знезараження приміщення<br>та інвентаря  | – 1 шт.  |
| 48. Бак на 20 л для дезінфекції елементів<br>захисного одягу (халати, косинки,<br>рушники, рукавички) | – 1 шт.  |
| 49. Каструля емальована на 3-5 л<br>для знезараження масок  | – 1 шт.  |
| 50. Таз емальований для знезараження<br>рукавичок   | – 1 шт.  |
| 51. Бутель на 3 л для знезараження окулярів   | – 1 шт.  |
| 52. Килимок із губчастої гуми для<br>втирання чобіт   | – 1 шт.  |
| 53. Каструля на 10 л для кип'ятіння води  | – 1 шт.  |
| 54. Камерні клейончасті мішки для<br>перенесення спецодягу (з метою<br>автоклавування)                | – 4 шт.  |
| 55. Таз оцинкований для знезараження чобіт  | – 1 шт.  |
| 56. Тампони марлеві (ватні) для протирання<br>чобіт дезрозчинами                                      | – 20 шт. |
| 57. Простирадла   | – 4 шт.  |
| 58. Окуляри захисні (“консерви”)  | – 2 шт.  |
| 59. Шкарпетки бавовняні   | – 2 пари |
| 60. Ватно-марлеві маски   | – 4 шт.  |

## **II. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ**

1. Укласти укладку для проведення досліджень та забору матеріалу від трупів осіб з підозрою на захворювання на чуму, холеру, натуральну віспу.
2. Навчитись одягати і знімати протичумний костюм.



## Заняття № 5

### Розтин померлого від хірургічної або акушерсько-гінекологічної патології

**Мотивація:** згідно з наказом № 81 МОЗ України всі хворі, котрі помирають у стаціонарах хірургічних та акушерсько-гінекологічних відділень, підлягають патологоанатомічному дослідженню. У випадках смерті після пологів, оперативних втручань секційне дослідження померлих проводиться в обов'язковому порядку. Розширення обсягу оперативних втручань, застосування штучного кровообігу і апаратного дихання, нових лікарських засобів зумовили патоморфоз хірургічних недуг, виникнення нових патологічних станів та синдромів, що вимагає детального клініко-морфологічного аналізу як хірургів, акушерів-гінекологів, так і патологоанатомів.

**Мета:** вивчити особливості і методику проведення розтину та оформлення патологоанатомічної документації у випадках смерті, пов'язаної з хірургічною та акушерсько-гінекологічною патологією.

**Завдання.** *Знати* особливості секції трупа померлого після оперативного втручання.

*Навчитись* визначати морфологічні прояви ускладнень хірургічних, акушерських, гінекологічних захворювань.

*Вміти* проводити клініко-анатомічний аналіз, формулювати патологоанатомічний діагноз, виписувати лікарське свідоцтво про смерть, шифрувати за МКХ-Х смертність, котра пов'язана з оперативними та реанімаційними маніпуляціями.

#### Оснащення заняття

1. Протокол розтину.
2. Лікарське свідоцтво про смерть.
3. МКХ-Х.
4. Додаток Ж (Положення про порядок розтину трушів у лікувально-профілактичних закладах).
5. Додаток Р (Положення про патологоанатомічне дослідження померлих).
7. Секційний набір для розтину померлого.

8. Тіло покійника, карта стаціонарного хворого, котрий помер після хірургічної чи акушерсько-гінекологічної патології.
9. Навчальні протоколи розтину.

## **I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

1. Повторити зміст додатка В до наказу № 81 МОЗ України.
2. Повторити зміст додатка Ж до наказу № 81 МОЗ України.
3. Повторити зміст додатка Н до наказу № 81 МОЗ України.
4. Повторити зміст додатка Р до наказу № 81 МОЗ України.
5. Повторити структуру протоколу розтину та клініко-патологоанатомічного епікризу.
6. Згадати післяопераційні ускладнення, причини смерті при хірургічних та акушерсько-гінекологічних захворюваннях.

## **II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

1. Правила і вимоги до написання протоколу патологоанатомічного розтину трупа.
2. Особливості техніки розтину тіла померлого після оперативного втручання.
3. Особливості техніки розтину тіла померлої після пологів та акушерської патології.
4. Особливості клініко-анатомічного аналізу у випадку смерті від хірургічної та акушерсько-гінекологічної патологій.
5. Особливості шифрування хірургічної та акушерської патології за X Міжнародною класифікацією.
6. Особливості шифрування смертності після реанімаційних маніпуляцій за X Міжнародною класифікацією.
7. Особливості оформлення патологоанатомічного діагнозу при ятрогеніях.
8. Назвати основні причини смерті внаслідок оперативного втручання після пологів.
9. Материнська смертність згідно з X Міжнародною класифікацією.

### III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ

1. Взяти участь у розтині трупа.
2. Обговорити клініко-анатомічні особливості конкретного випадку секції на занятті.
3. Провести клініко-анатомічне зіставлення при хірургічній патології.
4. Провести клініко-анатомічні зіставлення при акушерсько-гінекологічній патології.
5. Встановлення і запис паталогоанатомічного діагнозу, написання клініко-анатомічного епікризу, заповнення лікарського свідоцтва про смерть при всіх вищезгаданих випадках смерті, а також у наведених нижче ситуаційних задачах.
6. У разі відсутності розтину розв'язати запропоновані викладачем нижченаведені задачі: сформулювати і записати патологоанатомічний діагноз, клініко-патологоанатомічний епікриз, виписати лікарське свідоцтво про смерть.

#### Задача №1

#### **Основні дані протоколу розтину №1 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.*

*Направлений до стаціонару – центральною районною лікарнею.*

*Відділення – нейрохірургічне.*

*Історія хвороби – № 2083.*

*Вік – 55 років.*

*Професія – сторож.*

*Поступив – 12.05.1976 р.*

*Помер – 23.05.1976 р. о 9-15.*

*Дата розтину – 23.05.76 р.*

*Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження. Поступив у тяжкому стані із скаргами на загальну слабкість, слабкість у лівій руці, нозі, періодичні болі у правій лобній ділянці голови. Захворів за два місяці до того, як поступив до лікарні, пов'язує хворобу з перенесеною черепномозковою травмою. Стан погіршувався, з'явився лівосторонній геміпарез. Різко виражена кахексія. Пульс в артеріях не пальпується. АТ не визначається. Парез лівої руки, анізокорія  $D < S$ . Стан хворого погіршувався незважаючи на лікування. Операція –*

накладання діагностичного фрезового отвору в правій скроневій ділянці (20.05.1976 р.).

Діагноз направлення: підозра на об'ємний процес головного мозку. Діагноз як тільки поступив до стаціонару – пухлина правої лобно-тім'яної ділянки.

Клінічний діагноз. Основне захворювання. Метастатичне ураження правої лобно-скроневої ділянки. Ускладнення: клінічне порушення мозкового кровообігу периферичних судин.

### **Описова частина протоколу розтину**

Труп чоловіка правильної будови тіла. Середнього зросту, різко пониженого живлення. Трупне залякання виражене добре в групах м'язів рук і ніг. Трупні плями блідо-фіолетового кольору, зливні. На шкірі ліктювих згинів передпліччя, правого стегна є численні сліди від ін'єкцій. Тургор шкіри збережений. Над правим вухом, у правій скроневій ділянці, є фронтальний розріз довжиною 7 см, захищений 9 шовковими вузловими швами. В лівій частині голови на границі тім'яного і потиличного відділів синюшно-багрова пляма розмірами 6,5x5 см, що виступає над рівнем шкіри. Підшкірна клітковина відповідно до цієї ділянки просочена кров'ю, судинна сітка розширена. На шкірі переднього відділу грудної клітки видно численні синюшні сліди круглої форми діаметром 3 см, очевидно, від банок. Черевна порожнина вільна від рідини і зрощень, листки очеревини гладкі і блискучі. Плевральні порожнини вільні, листки осердя таких же властивостей. Аорта децю зниженої еластичності. Інтіма покрита численними атеросклеротичними та атероматозними бляшками, частина з них із виразками, частина в черевному відділі петрифікована. В аорті і загальних клубових артеріях є пристінкові тромби. Слизова оболонка трахеї і бронхів гіперемійована з брудно-сірими нашаруваннями. Тканина легені тістувата в задньо-нижніх відділах, м'ясиста на розрізі. В нижньому відділі правої легені є ущільнення 2,5 см, на розрізі являє собою вогнище казеозного некрозу, що розміщується субплеврально. Аналогічні зміни знайдено в лімфатичних вузлах воріт правої легені. Верхівка лівої легені рубцево змінена з численними вогнищами петрифікації. Задньо-нижній відділ лівої легені представлений сіро-червоними плямами з гнійними виділеннями на поверхні розрізу. Надниркові залози листкоподібної форми, без особливостей.

Капсули нирок знімаються легко. Нирки в'ялі. Межа шарів чітка, тканина повнокровна. Слизова оболонка сечовивідних шляхів гладка, рівна. Серце розмірами 12х12х6х2,5 см. Товщина стінки правого шлуночка серця 0,3 см, лівого – 1,7 см; клапани серця і судин тонкі, гладкі і блискучі. Міокард з явищами кардіосклерозу. Селезінка маленька, зморщена, біля переднього краю є трансмуральний ішемічний інфаркт трикутної форми. Підшлункова залоза великочасточкова, сіро-рожевого кольору на розрізі. Тверда мозкова оболонка децю напружена. М'які мозкові оболонки різко набряклі, желеподібно змінені. В правій тім'яно-потиличній ділянці є нечітко обмежена ділянка, просякнута кров'ю. Тканина мозку різко набрякла і повнокровна. Малюнок мозку збережений, в ділянці передньої спайки є розм'якшення білого кольору. Різко виражена гіперемія, набряк мозку. Видно странгуляційну борозну, що охоплює мигдалики мозочка. В судинах вілізієва кола, стінки котрих місцями з атеросклеротичними бляшками, виявлені сірі крихкі маси, просякнуті кров'ю. Права передня мозкова артерія обтурована змішаним тромбом.

Гістологічне дослідження. Головний мозок – ділянки білого розм'якшення тканини із зернистими шарами фіолетового кольору; в іншому препараті ділянка розм'якшення частково просякнута еритроцитами.

Легені – звапнені вогнища казеозного некрозу, оточені зонами пневмосклерозу; в субплевральному вогнищі – осифікація.

Лімфатичний вузол воріт легені – звапнене вогнище казеозного некрозу, склероз перифокальних ділянок.

## Задача №2

### **Основні дані протоколу розтину №2 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – міська лікарня.

Відділення – судинне.

Історія хвороби – № 1036.

Вік – 45 років.

Професія – домогосподарка.

Поступила до лікарні – 24.01.1994 р.

Померла – 28.01.1994 р.

Дата розтину – 28.01.1994 р.

*Коротка виписка з історії хвороби. Хвора доставлена в судинне відділення хірургічної клініки бригадою швидкої допомоги з ознаками тромбозу правої здухвинної артерії. У зв'язку з цим в ургентному порядку прооперована. Післяопераційний період протікав тяжко, наростали ознаки серцевої недостатності: набряки, задишка, загальна слабкість. Лікування не дало ефекту, і хвора померла.*

*Клінічний діагноз: ревматизм, активна фаза, міокардит. Цироз печінки. Гостра тромбоемболія правої стегнової артерії. Ішемія IV ст. Гострий гломерулонефрит.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп жінки правильної будови тіла, задовільного живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, з синюшним відтінком, мають місце набряки на нижніх та верхніх кінцівках. Трупне залякання виражене добре. Трупні плями синюшно-багрового кольору, розміщені на задній поверхні тулуба та кінцівок. У правій здухвинній ділянці на шкірі післяопераційний розріз, зашитий 5 шовковими нитками. Плевральні порожнини містять до 1,5 л серозної рідини з обох боків. Листки плевр гладкі, блискучі, без зрощень, з синюшним відтінком. Черевна порожнина містить до 4 л серозної рідини. Серозні оболонки гладкі, блискучі. Слизова оболонка гортані, трахеї, бронхів набрякла, блідо-рожевого кольору. Легені повітряні, рожевого кольору. Паренхіма повнокровна, набрякла. Бронхи без патологічних змін. У легневих артеріях на місці розгалуження змішані тромбоемболи. На передній поверхні верхньої частки правої легені ділянка темно-червоного кольору з чіткими межами. Порожнина перикарда повністю облітерована за рахунок розростання сірого кольору хрящоподібної тканини. Аналогічні розростання знайдено в товщі міокарда шлуночків та передсердь, тканині середостіння, де вони представлені вузлами помірної щільності в діаметрі до 1 см. В загальному серце підвищеної щільності, важке, розміром до 21х14х8 см. Серцевий м'яз коричневого кольору, в'ялий. Ендокард без патологічних змін. Печінка розмірами 30х26х16 см, щільної консистенції, суха, з мускатним малюнком, поверхня гладка. Жовчні шляхи прохідні. Підшлункова залоза без видимих макроскопічних змін. Селезінка розмірами 18х11х8 см, щільна, капсула гладка, пульпа темно-червона. Нирки звичайних розмірів, масою 320 г обидві, капсули знімаються легко. Поверхня нирок гладка, межа*

шарів чітка, паренхіма нирок повнокровна. Слизова оболонка сечовивідних шляхів без змін. Шлунок звичайних розмірів, слизова оболонка з численними точковими крововиливами та ерозіями.

Результати гістологічного дослідження: серце – дистрофічні зміни в кардіоміоцитах, розростання мезотеліальних клітин полігональної форми і утворення розеток, дифузний кардіосклероз.

Перикард – розростання мезотелію з ознаками патологічних мітозів, полігональної форми, без чітких границь і проростанням в сусідні органи середостіння.

Легеня – повнокров'я судин, діapedез в альвеоли та міжальвеолярні перетинки еритроцитів, некротичні зміни в паренхімі.

Шлунок – ділянки некрозу слизової з утворенням ерозій, лімфоцитарна інфільтрація слизової, підслизової, венозне повнокров'я.

Легенева артерія – в просвітленні тромбоембол.

Печінка – венозне повнокров'я, жирова дистрофія гепатоцитів, розростання сполучної тканини.

### Задача № 3

#### **Основні дані протоколу розтину № 3 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – міська лікарня.

Направлений до стаціонару – бригадою швидкої допомоги.

Хірургічне відділення.

Історія хвороби – № 243/44536.

Вік – 57 років.

Стать – жіноча.

Професія – вчителька (пенсіонерка).

Поступила в лікарню – 27.07.1994 р.

Померла – 1.08.1994 р.

Дата розтину – 2.08.1994 р.

Коротка виписка з історії хвороби. Хвора поступила у тяжкому стані, скарги на блювання, схуднення, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що 42 дні тому випила оцтову кислоту; перебувала на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні з приводу опіку стравоходу та шлунка.

Клінічний діагноз: рак тіла шлунка: II гр., II ст. Рубцевий стеноз пілоричного відділу шлунка. Кахексія. Тромбоемболія легеневої артерії. Стан після опіку стравоходу та шлунка.

### **Описова частина протоколу розтину**

Труп жінки правильної будови тіла, різко зниженого живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Тургор шкіри понижений. Підшкірно-жирова клітковина майже відсутня. Трупне залякання виражене добре в групах м'язів рук і ніг. Черевна порожнина вільна від рідини і від зрощень. Листки очеревини гладкі, блискучі. Плевральні порожнини без патологічних змін. Серце розмірами 9x10x5x3 см, масою 240 г, порожнини його не розширені. Клапани серця і великих судин не змінені. Міокард коричневого кольору. Товщина стінки правого шлуночка серця 0,3 см, лівого –1,2 см. Інтіма аорти та інших крупних судин гладка, з окремими жовтуватими бляшками та плямами. Слизова оболонка трахеї, бронхів блідо-рожева. В просвіті дихальних шляхів видно слизоподібні маси. Легені пухкі на всьому протязі, сіро-рожевого кольору, з поверхні розрізу стікає піниста геморагічна рідина. Слизова оболонка стравоходу з рубцевими змінами, атрофована. Слизова оболонка шлунка атрофована, склерозована, в пілоричному відділі – грубий деформуючий рубець, що майже повністю закриває вихід із шлунка. На поверхні слизової шлунка зустрічаються ділянки некротичних змін. Печінка масою 1500 г, в'ялої консистенції, жовто-коричневого кольору, звичайної будови, жовчні шляхи прохідні. Підшлункова залоза дрібночасточкова, сіро-рожевого кольору, щільна. Селезінка розмірами 12x8x3 см, в'яла, пульпа темно-червоного кольору. Надниркові залози листкоподібної форми. Нирки бліді, в'ялої консистенції, на розрізі межі коркової і мозкової речовин чіткі. Слизова оболонка мисок та сечовивідних шляхів гладка, блискуча, бліда. Матка щільна, маленька, слизова блідо-рожевого кольору.

Результати гістологічного дослідження: шлунок – слизова атрофована, ділянки некротичних змін слизової і підслизової, дифузний склероз і фіброз стінки шлунка, розростання сполучної тканини в слизовій і підслизовій оболонках, лімфо-плазмоцитарна інфільтрація.

Стравохід – розростання фіброзної тканини в слизовій оболонці, атрофія слизової, гістіоцитарна інфільтрація.

Печінка – жирова дистрофія гепатоцитів, венозне повнокров'я.

Нирки – дистрофічні зміни в нефротелії, венозне повнокров'я.

Серце – ознаки бурої атрофії серцевого м'яза.

Вкажіть, чи правильно поступив патологоанатом, що провів автопсію?



#### Задача № 4

#### **Основні дані протоколу розтину № 4 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – обласна лікарня.*

*Направлений до стаціонару – ФАП.*

*Відділення – хірургічне.*

*Історія хвороби – №33/5445.*

*Вік – 85 років.*

*Професія – колгоспник (пенсіонер).*

*Поступив – 23.12.1994 р. в 8-00.*

*Помер – 23.12.1994 р. о 23-00.*

*Дата розтину – 24.12.1994 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Хворий поступив в ургентному порядку зі скаргами на кровотечу з прямої кишки, ознаки шлунково-кишкової кровотечі, ішемії, гострої серцево-судинної та дихальної недостатності. Захворювання почалося раптово, і при явищах набряку легень та серцевої недостатності наступила смерть.*

*Клінічний діагноз 23.12.1994 р.: рак прямої кишки, гр III, ст IV. Кровотеча з прямої кишки: ССН, ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. ДН II ст. Пневмосклероз.*

#### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп старого чоловіка правильної будови тіла, зниженого живлення. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді. Трупне залякання виражене слабо. Кістки черепа цілі. Тверда мозкова оболонка децю напружена, синуси її вільні. М'яка мозкова оболонка прозора, тонка, помірно повнокровна. Речовина мозку бліда, блискуча. Плевральні порожнини вільні. Очеревина сірого кольору, тьмяна, в порожнині міститься до 200 мл серозного ексудату. Слизова оболонка гортані, трахеї, головних бронхів гладка, блискуча, в просвіті – слизова мокрота. Легені децю збільшені, сіро-рожевого кольору, на розрізі пухнасті, повнокровні, з поверхні стікає велика кількість пінистої серозно-геморагічної рідини. Просвіт аорти звужений за рахунок атеросклеротичних бляшок з виразкуванням та петрифікацією, особливо в черевному відділі. Коронарні артерії контурують, дуже цільні, потовщені на всьому протязі за рахунок атероматозних бляшок. Просвіт вінцевих артерій звужений до 50 %. Епікард блискучий, з помірним*

відкладанням жиру під ним. Серце розмірами 11x10x6x8 см. Товщина стінки лівого шлуночка 2 см, правого – 0,5 см. Порожнина перикарда містить 150 мл прозорої жовтуватої рідини. Листки перикарда гладенькі. В порожнинах серця рожево-жовті згустки крові, вологі та еластичні. Клапани серця тонкі, блискучі і гладкі. М'яз буро-червоний, щільний, пронизаний великою кількістю сіро-білих прошиарків сполучної тканини. Стравохід не звужений. Слизова оболонка в поздовжніх складках. Під нею видно розширені вени стравоходу. Шлунок не розширений, в просвіті невелика кількість рідини, що нагадує кавову суміш, є дефекти слизової оболонки – 0,1-0,3 см. Дванадцятипала кишка без особливостей. В просвіті тонкої та товстої кишок кров'яниста рідина. Вени прямої кишки різко розширені. Жовчний міхур звичайної форми та розмірів, у порожнині – темко-оливкова жовч. Печінка розмірами 24x18x8x4 см. Поверхня дрібногорбиста, краї заокруглені, при пальпації тверда. На розрізі – зерниста, суха, сіро-коричневого кольору, малюнок нагадує мускатний горіх. Підшлункова залоза розмірами 21x3x5x2 см, не деформована, середньочасточкова, з прошиарками жирової тканини, сіро-рожева. Капсула не напружена. Селезінка розмірами 14x8x4 см, пульпа в'яла, темно-червоного кольору. Зскрібок з поверхні помірний. Лімфатичні вузли не збільшені. Ниркова клітковина розвинута помірно. Нирки розмірами 11x5x4 см кожна. Фіброзні капсули знімаються легко і оголюють дрібногорбисту поверхню нирок сіро-рожевого кольору. Паренхіма бліда і недокрівна. На розрізі кірковий та мозковий шари чітко диференціюються. В лівій нирці в корковому шарі порожнина (кіста) розмірами 2x1,5 см, виповнена прозорою рідиною. Слизова оболонка нирок та сечоводів блідо-сіра. Сечовий міхур порожній. Надниркові залози трикутної форми, розмірами 4x1,5x0,5 см кожна. Межа кіркового та мозкового шарів чітка, щитоподібна залоза звичайних розмірів, блідо-червона, колоїдного вигляду на розрізі.

Результати гістологічного дослідження: печінка – гідропічна та жирова дистрофія гепатоцитів, розширення портальних септ, розростання сполучної тканини, формування атипових часточок.

Стравохід – розширення вен.

Шлунок – розширення вен, крововиливи, ерозії слизової оболонки.

Легені – венозний застій, в альвеолах серозний ексудат, крововиливи, розростання сполучної тканини.

*Серце – дифузний кардіосклероз, атеросклеротичні зміни у вінцевих судинах.*

*Стінка аорти – атероматозні зміни інтими, медії, клітинна інфільтрація, звапнення.*

*Пряма кишка – варикозне розширення вен слизової оболонки, крововиливи.*

#### Задача №5

### **Основні дані протоколу розтину № 5 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – міська лікарня.*

*Направлений до стаціонару – бригадою швидкої допомоги в перше хірургічне відділення.*

*Історія хвороби – №39/4564.*

*Вік – 80 років.*

*Поступила – 29.11.1994 р.*

*Померла – 7.12.1994 р.*

*Дата розтину – 7.12.1994 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби. Хвора поступила в ургентному порядку в хірургічне відділення міської лікарні зі скаргами на гострі болі в правому підребер'ї. Запідозрили гангренозний холецистит, з приводу чого зроблено холецистектомію 29.11.1994 р. Післяопераційний період перебігав тяжко, і від перитоніту хвора померла.*

*Клінічний діагноз: гострий гангренозний холецистит.*

*Ускладнення: дифузний перитоніт, вторинний гострий панкреатит.*

*Супровідні хвороби: ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. Церебральний атеросклероз. Пневмосклероз.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп старої жінки правильної будови тіла, підвищеного живлення. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, з жовтуватим відтінком. На передній черевній стінці від мечоподібного відростка до пупка – післяопераційний шов довжиною 20 см. У правій здухвинній ділянці – післяопераційний розріз довжиною 12 см, через котрий виведено стрічково-трубний гумовий дренаж, у лівій здухвинній ділянці – трубний гумовий дренаж, у правому підребер'ї – стрічково-трубний гумовий дренаж, в лівому підребер'ї – аналогічний дренаж.*

Права надключична вена катетеризована. Трунне закладання виражене слабо. Кістки черепа цілі. Плевральні порожнини вільні. Очеревина сірого кольору, тьмяна, з численними фібринозно-гнійними нашаруваннями. В черевній порожнині до 100 мл фібринозно-гнійного ексудату. Петлі кишок покриті фібринозно-гнійними масами. Післяопераційні шви тримають добре. У шлунку – до 400 мл рідини, що нагадує кавову гущу, в просвіті тонкої кишки – кров'янистий вміст. На задній стінці дванадцятипалої кишки в низхідному відділі виразка стінки в діаметрі до 3 см, з щільними валикоподібними краями. На дні виразки – арозовані судини. Печінка розмірами 21х14х6х3 см, поверхня гладка, на розрізі – численні поля сіро-жовтого кольору без чітких меж. Поверхня печінки коричневого кольору. Підшлункова залоза розмірами 20х3х1,5 см, не деформована, середньочасточкова, з прошарками жирової тканини, сіро-рожева. Капсула не напружена. Селезінка розмірами 13х6х4 см, пульпа в'яла, темно-червоного кольору. Зскрібок з поверхні помірний. Лімфатичні вузли не збільшені. Нирки розмірами 10х5х4 см кожна. Фібозна капсула знімається легко і оголює гладку поверхню нирок сіро-рожевого кольору. Паренхіма бліда. Межі між корковим та мозковим шарами диференціюються чітко. Слизова оболонка мисок і сечоводів блідо-рожева. Сечовий міхур порожній. Інтима аорти з атеросклеротичними бляшками на всьому протязі. Вінцеві судини звивисті, щільні, просвіт їх звужений за рахунок атеросклеротичних бляшок. Епікард блискучий, з надмірним відкладанням жиру. Серце розмірами 11х10х6 см. Камери серця децю розтягнуті. Товщина стінки лівого шлуночка 1,6 см, правого – 0,4 см. Листки перикарда гладенькі. Клапани серця не змінені. Серцевий м'яз бурого кольору, в'ялий, з прошарками сірого кольору. Легені повнокровні, рожевого кольору, звичайних розмірів, з поверхні розрізу при стисканні тече піниста геморагічна рідина в невеликій кількості. Надниркові залози макроскопічно в межах норми.

Результати гістологічного дослідження: стінка дванадцятипалої кишки – хронічна виразка з ознаками загострення, з арозованими судинами.

Стінка жовчного міхура – гангренозні некротичні зміни з явищами гострого запалення.

Печінка – некробіотичні зміни гепатоцитів, запальна інфільтрація, застій жовчі в жовчних ходах.

*Підшлункова залоза – склероз і ліпоматоз паренхіми.  
Серце – дифузний склероз, дистрофічні зміни в кардіоміоцитах.  
Стінка очеревини – гнійно-фібриозна інфільтрація.*

#### **Задача № 6**

#### **Основні дані протоколу розтину № 6 (скорочений варіант)**

*Лікувальний заклад – 1-ша міська лікарня.*

*Направлений до стаціонару – ФАП.*

*Терапевтичне відділення.*

*Історія хвороби – № 34456.*

*Поступила – 20. 09. 94 р.*

*Померла – 27. 09. 94 р.*

*Дата розтину – 27. 09. 94 р.*

*Коротка виписка з історії хвороби: хвора поступила з явищами ексудативного плевриту, приступами серцевої астми, підвищенням температури тіла. Ознаки серцево-судинної недостатності настали незважаючи на лікування, наступила смерть.*

*Клінічний діагноз: ІХС, атеросклеротичний коронарокардіосклероз. Приступи серцевої астми. Двобічний ексудативний плеврит. Хронічна легенево-серцева недостатність. Набряк легень.*

#### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп жінки правильної будови тіла, задовільного живлення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, з синюшним відтінком. Трупне залякання виражене слабо. Трупні плями синюшно-багрового кольору, розміщені на задній поверхні тулуба та кінцівок. Черевна порожнина містить до 1 л жовтуватої рідини з геморагічним відтінком. На поверхні очеревини численні сірі вузлики в діаметрі від 0,2 до 0,7 см. Плевральні порожнини містять до 800 мл аналогічної рідини. Листки плеври також обсіпані сіруватими вузликами. Серце розмірами 10x7x4x2 см. Міокард темно-коричневого кольору на розрізі, в'ялий, з сірими прошарками. Клапани серця та великих судин не змінені. Аорта та вінцеві судини з численними атеросклеротичними бляшками, котрі звужують просвіт судин. Слизова оболонка гортані, трахеї, бронхів набрякла, блідо-рожевого кольору. Легені пухкі, блідо-рожевого кольору, з поверхні розрізу стікає велика кількість пінистої та геморагічної рідини. Слизова оболонка стравоходу, шлунка,*

кишечника без видимих макроскопічних змін. Печінка розмірами 24x11x10x8 см, в'ялої консистенції, коричневого кольору на розрізі. Жовчні шляхи вільнопрохідні. Жовчний міхур містить помірну кількість жовчі темно-оливкового кольору. Слизова його бархатиста. Підшлункова залоза великочасточкова, сіро-рожевого кольору на розрізі. Селезінка збільшена, на розрізі темно-вишневого кольору, в'ялої консистенції. Нирки звичайних розмірів, капсули знімаються легко. Поверхня нирок гладка, межа шарів чітка, паренхіма повнокровна, в'ялої консистенції. Слизова оболонка сечовивідних шляхів гладка, бліда. Матка не збільшена, в просвіті – темно-червоні маси, ендометрій гіпертрофований. Обидва яєчники збільшені в діаметрі до 8 см, горбисті, на розрізі червоного кольору, строкаті, з крововиливами, сірими ділянками та вогнищами некрозів. Надниркові залози листкоподібної форми з характерною будовою. Кістки черепа цілі. Мозкові оболонки без видимих макроскопічних змін. Речовина головного мозку блідо-рожевого кольору з чіткими межами між білою та сірою речовиною.

Дані гістологічного дослідження: легені – повнокрів'я, в альвеолах серозна рідина.

Серце – дистрофічні зміни кардіоміоцитів, вогнищевий склероз.

Яєчники – розростання атипових залозистих структур з патологічними мітозами, інфільтруючим ростом, крововиливами, некротичними змінами.

Печінка – жирова дистрофія гепатоцитів, венозне повнокрів'я.

Нирки – зерниста дистрофія в нефротелії.

Стінка очеревини – розростання атипових залозистих структур, загальна клітинна інфільтрація.

#### Задача № 7

#### **Основні дані протоколу розтину № 7 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – обласна дитяча лікарня.

Доставлений швидкою допомогою.

Вік – 5 років.

Поступив – 20.03.1990 р. о 20-50.

Помер – 22. 03.1990 р. о 19-45.

Дата розтину – 23.03.1990 р.

*Коротка виписка з історії хвороби. Хлопчик закашлявся під час прийому їжі (їв аличу). Доставлений швидкою допомогою з підозрою на аспірацію стороннього предмета. Під час трахеобронхоскопії (через 20 хв після того, як поступив) був пошкоджений лівий бронх з розвитком лівобічного пневмотораксу. негайно проведено дренивання плевральної порожнини за Бюлау. Наростала підшкірна емфізема. Проведено дренивання ретростернального простору. 21.03.90 р. о 15-00 проведено операцію – зашивання розриву лівого головного бронха, лівобічну білобектомію. Під час операції настала зупинка серцевої діяльності. Після операції до свідомості не повертався. 22.03.1990 р. о 19-45 наступила смерть.*

*Діагноз при поступленні до лікарні: аспірація стороннього предмета.*

*Клінічний діагноз: основне захворювання – сторонній предмет дрібних бронхів. Ускладнення – двобічна аспіраційна пневмонія. ЛН-ПА-Б ст. набряк легень. набряк головного мозку.*

*Супровідні захворювання – розрив лівого бронха. Лівобічний пневмоторакс. Підшкірна медіастинальна емфізема. Стан після операції ушивання бронха – лівобічна білобектомія. Глибока гіпоксична енцефалопатія. Церебральна кома.*

### **Описова частина протоколу розтину**

*Труп хлопчика правильної будови тіла, задовільного живлення. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Трупні плями розміщені на задній поверхні тулуба та кінцівок. На передній поверхні грудної клітки зліва на шкірі видно поперечний операційний розріз на рівні 5 міжребер'я, закритий 16 шовковими вузловими швами. По задньоаксиллярній лінії зліва, нижче операційного розрізу, полівінілова трубочка діаметром 0,5 см проникає в плевральну порожнину, дренажна трубка фіксована трьома швами. При пальпації шкіри в ділянці грудної клітки, живота, калитки виявляється крениція. При розсіканні тканини ножом чути хруст. В лівій плевральній порожнині близько 20-30 мл прозорої рожевої рідини. Ліва легень колабована. На медіальній плеврі вище кореня легені три вузлуваті шви, навколо яких містяться зсідки крові. Язик без видимих змін. Слизова оболонка глотки помірно гіперемійована, чиста. Слизова оболонка стравоходу в повздовжніх складках, бліда. Слизова оболонка трахеї і крупних*

бронхів помірно гіперемійована, чиста, пошкоджень сторонніми предметами не виявлено. Шви кукси лівого нижнього часточкового бронха добре утримують тканину. Слизова оболонка дрібних бронхів правої легені гіперемійована, покрита слизом і гноєм. Права легеня на всьому протязі темно-червоного кольору, ущільнена з поверхні розрізу стікає темна густа кров'яниста рідина. При стисканні з дрібних бронхів виступають краплі жовтого гною. Надниркові залози звичайних розмірів, з чіткою межею між шарами. Нирки розмірами 8x4x2,5 см кожна, капсули знімаються легко, тканина нирок в'яла, межі шарів чіткі. В порожнині осердя міститься 20 мл прозорої рідини жовтуватого кольору. Епікард і перикард гладенькі, блискучі. Серце розмірами 7x6x4 см. За ходом вінцевих артерій виявлені точкові крововиливи. В порожнинах серця містяться змішані зсідки крові. Товщина стінки правого шлуночка серця 0,3 см, лівого – 1 см. Ендокард і клапани чисті, тонкі, прозорі. Міокард напружений, червоно-коричневого кольору. Інтіма аорти і великих судин без видимих змін. Шлунок звичайних розмірів і форми, слизова оболонка його складчаста. В порожнині шлунка видно невелику кількість рідини темно-коричневого кольору. Слизова оболонка кишки без змін, в просвіті її звичайний вміст. Підшлункова залоза блідо-рожевого кольору, велико-часточкова, звичайних розмірів. Печінка розмірами 15x11x9x7 см, капсула її гладенька, тканина в'яла, блідо-коричневого кольору, глиниста. Жовчний міхур без видимих змін. Селезінка розмірами 7x6x3 см, пульпа темно-червоного кольору, з помірним зскрібком. Пошкоджень м'яких тканин голови не виявлено, кістки черепа цілі. Тверда мозкова оболонка напружена, судини м'якої – гіперемійовані. Тканина головного мозку тістувата, набрякла. В ділянці мигдалин мозочка чітко видна странгуляційна борозна від втискування продовгуватого мозку у великий потиличний отвір. На розрізі мозку межі шарів чіткі. Епендима шлуночків мозку чиста, гладка, волога, бліда.

#### Задача № 8

#### **Основні дані протоколу розтину № 8 (скорочений варіант)**

Лікувальний заклад – міська лікарня.

Доставлена швидкою допомогою.

Вік – 29 років.

Місце смерті – відділення детоксикації міської лікарні.



*Дата смерті – 30.09. 99 р.*

*Дата розтину – 1.10. 99 р.*

### **Описова частина протоколу розтину.**

*Труп жінки 29 років, правильної будови тіла, задовільного живлення. Товщина підшкірно-жирового шару на рівні пупка 1,2 см, груднини – 1,0 см. На шкірі передпліччя є множинні лінійні рубці, в ліктьових ямках сліди від ін'єкцій. На правому плечі татуювання – міжнародний знак наркомана, в ділянці правої підключичної вени є – прокол, через який вставлений катетер. В ділянці сідниць – відшарування епідермісу розмірами 2х3 см. На іншому протязі шкірні покриви чисті. У лівому груднино-ключичному суглобі гнійний вміст. У правій плевральній порожнині 500 мл жовтуватої рідини з домішками фібрину. Ліва плевральна порожнина повністю облітерована. Вісцеральна плевра правої легені покрита множинними фіброзними плівками; лівої легені – щільними фіброзними зрощеннями. Черевна порожнина вільна від стороннього вмісту, очеревина гладка, блискуча. Слизова оболонка гортані, трахеї і головних бронхів тьмяна з крововиливами, у просвіті гнійна мокрота. Легені нерівномірно повітряні: права легеня ущільнена на всьому протязі, особливо у задньо-нижніх відділах, де мають місце два осередки трикутної форми розмірами 4х5 см і 3х2 см червоно-бурого забарвлення, в центрі яких є тромбовані судини. На іншому протязі легеня тьмяна, на розрізі витікає велика кількість мутної рідини, поверхня сірого кольору. Ліва легеня ущільнена на всьому протязі, на розрізі витікає мутна рідина у великій кількості. Головні легеневі стовбури містять темно-червоні тромботичні маси. Просвіт аорти, магістральних судин широкий, інтима гладка, блискуча. Ниркові артерії без особливостей. Серце децю збільшене в розмірах, здебільшого за рахунок лівих відділів. Товщина стінок лівого шлуночка 1,5 см, правого – 0,3 см. У порожнині перикарда 50 мл прозорої рідини, перикард гладкий, блискучий. У порожнині правого шлуночка змішані згустки крові. На стулках тристулкового клапана множинні поліпозні нашарування сірувато-жовтуватого кольору, які розміщуються конгломератами, що нагромаджуються один на одній. Інші клапани гладкі, блискучі. Міокард в'ялий, тьмянний, коричневатого-синюшний. Стравохід не звужений, слизова оболонка*

поздовжньоскладчаста, в нижніх відділах синюшина. У шлунку невелика кількість рідкого вмісту, пофарбованого жовтю, слизова гладенька. У кишечнику рідкий вміст, слизова сіро-синюшина, складчаста. Печінка різко збільшена, розмірами 29,0x27,0x11,0 см, поверхня гладка із заокругленими краями. На розрізі в'яла, жовтуватого-коричнева. Жовчний міхур звичайної форми і розмірів, у просвіті темно-оливкова жовч. Жовчні шляхи і позапечінкові жовчні ходи вільно прохідні. Підшлункова залоза не деформована, середньочасточкова, сірувато-рожева. Селезінка різко збільшена, розмірами 18,0x11,0x4,0 см, капсула напружена, пульпа в'яла, розливається, темно-червоного кольору. Зскрібок з поверхні значний. Лімфатичні вузли всіх груп децю збільшені, м'які, рожеві. Приниркова жирова клітковина розвинута помірно. Нирки звичайних розмірів, фіброзна капсула знімається легко. Поверхня червоно-синюшина, тьмяна, паренхіма бліда, з мутним набряком, границі шарів не чіткі. У просвіті мисок залишки мутного вмісту, слизова з дрібнокраплинними крововиливами, тьмяна. Сечовий міхур без особливостей. Матка розмірами 12,0x14,0x5,0 см, на її шийці кетгутіві шви. У порожнині ендометрій блискучий, на задній стінці пухка червоно-бура пляма. Яєчники розмірами 2,5x1,5 см, з жовтим тілом, маткові труби без особливостей. Надниркові залози листоподібної форми, без видимих змін. Щитоподібна залоза децю збільшена, дрібнозерниста, рожево-синюшина. Кістки черепа цілі. Тверда мозкова оболонка децю напружена, помірно повнокровна. М'які мозкові оболонки набрякли, прозорі. Синуси твердої мозкової оболонки вільні. Борозни і звивини згладжені, межа між сірою і білою речовинами чітка. Речовина головного мозку в'яла, повнокровна. Бокові шлуночки містять невелику кількість прозорого ліквору. Артерії основи головного мозку тонкостінні.

Результати гістологічного дослідження: легені – паренхіма нерівномірно повітряна, у просвіті більшої частини альвеол гнійно-геморагічний екссудат, колонії мікробів. Судини поширені, з лейкоцитарними тромбами, гнійні зруйновані стінки. Бронхіальний епітелій десквамований. В альвеолах і міжальвеолярних перетинках – гемосидерин. На плеврі – відкладання фібрину.

Серце – клапани правого шлуночка (трикуспідальний) у стані некрозу, зі значними тромботичними масами, які містять колонії

*мікробів. Кардіоміоцити у стані зернистої дистрофії. Дифузна лімфогістіоцитарна інфільтрація міокарда.*

*Селезінка – в пульпі накопичення сегментоядерних лейкоцитів, які руйнуються, проліферація ретикулоендотелію, вогнища мієлозу, велика кількість плазматичних клітин.*

*Лімфатичні вузли – катар синусів зі злуценням ретикулярних клітин, вогнища мієлозу, повнокрів'я.*

*Печінка – зерниста, жирова дистрофія гепатоцитів, перипортально – лімфогістіоцитарна інфільтрація стромі.*

*Підшлункова залоза, надниркові залози – звичайної будови.*

*Головний мозок – периваскулярний, перицелюлярний набряк речовини головного мозку, повнокрів'я, стази в капілярах.*

*Матка – ендометрій у стані організації, судини повнокровні, в ділянці прикріплення плаценти – фібриноїдний некроз.*

*Маткові труби: повнокрів'я.*

*Яєчники: жовте тіло, дрібні фолікулярні кісти.*

#### **IV. ОБГОВОРЕННЯ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ ТЕМИ**

## Заняття № 6

### **Розтин померлої дитини. Особливості клініко-анатомічного аналізу та організації розтинів у педіатричній практиці**

**Мотивація:** сучасні досягнення і удосконалення дитячої патологоанатомічної служби в Україні свідчать про суттєві зміни профілю дитячої захворюваності та смертності. Це вимагає від лікарів знань морфологічних проявів основних нозологічних форм захворювань, котрі зустрічаються в перинатології та педіатрії. Крім того, у дітей морфологія патологічних процесів тісно пов'язана з віковими особливостями, котрі безпосередньо залежать від постійних ростових змін та розвитку дитини, що часто порушуються під впливом генетичних факторів та чинників довкілля. Це зумовлює розвиток нових патологічних процесів, трактування яких викликає значні труднощі, що вимагає сумісної участі в розтині патологоанатома і педіатра.

**Мета:** вивчити особливості та методику проведення розтину померлої дитини, плода, новонародженого та оформлення патологоанатомічної документації у випадку смерті, пов'язаної з перинатальною патологією.

**Завдання.** *Знати* особливості секції трупа померлого плода, новонародженого, дитини.

*Навчитись* визначати морфологічні прояви ускладнень основних захворювань у педіатричній практиці.

*Вміти* проводити клініко-анатомічний аналіз, формулювати патологоанатомічний діагноз, виписувати лікарське свідоцтво про смерть, шифрувати за МКХ-Х смертність в неонатальній та педіатричній практиці.

### **Оснащення заняття**

1. Протокол розтину.
2. Лікарське свідоцтво про смерть.
3. МКХ-Х.
4. Додаток I (Положення про порядок розтину викиднів масою тіла від 500,0 і більше в строках від 22 тижнів вагітності

незалежно від живо- або мертвонароджених померлих в перинатальному періоді).

5. Додаток Ж (Положення про порядок розтину трупів у лікувально-профілактичних закладах).
6. Додаток Н (Положення про проведення клініко-патологоанатомічного аналізу смертельних наслідків).
7. Додаток Р (Положення про патологоанатомічне дослідження померлих).
8. Додаток С (Інструкція про особливості та порядок розтину трупів дітей раннього віку, новонароджених, мертвонароджених, викиднів та плацент).
9. Секційний набір для розтину померлого.
10. Тіло померлого плода, новонародженого, дитини.
11. Навчальні протоколи розтину.

## **I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

- 1. Повторити зміст додатка Ж до наказу № 81 МОЗ України.**
- 2. Повторити зміст додатка Р до наказу № 81 МОЗ України.**
- 3. Вивчити зміст додатка І до наказу № 81 МОЗ України.**

Зміст додатка І до наказу №81 МОЗ України

### **ПОЛОЖЕННЯ**

**про порядок розтину викиднів масою тіла від 500,0 і більше в строках від 22 тижнів вагітності незалежно від живо- або мертвонароджених померлих в перинатальному періоді**

*Розтину та реєстрації в протоколі патологоанатомічного дослідження підлягають всі померлі в лікувальних закладах новонароджені незалежно від маси тіла та довжини, від того, скільки часу після народження спостерігались в них прояви життя, а також мертвонароджені масою 1000 г та більше і довжиною тіла понад 30 см, викидні масою тіла від 500 г і більше в строках понад 22 тижні вагітності і незалежно від живо- або мертвонародженості. У випадках розтину викиднів вони реєструються в протоколі патологоанатомічного дослідження, свідоцтво про перинатальну смерть на них не оформляється. Послід направляється разом із викиднем і реєструється як біопсійний матеріал. Результати дослідження надсилаються в лікувальний заклад.*

Головний лікар пологового будинку забезпечує 100 % розтин трупів мертвороджених та померлих новонароджених, доставку їх у патологоанатомічне бюро (відділення) не пізніше 12 год після народження мертворожденного чи смерті новонародженого. Мертвороджений направляється з історією розвитку немовляти та клінічним епікризом. Мертвороджений направляється в патологоанатомічне відділення з послідом. На патологоанатомічне дослідження направляються також посліди від новонароджених, якщо в них є симптоми внутрішньоутробного захворювання, особливо, якщо є підозра на внутрішньоутробну інфекцію. В усіх випадках послід реєструється як біопсійний матеріал.

Завідуючий патологоанатомічним відділенням забезпечує 100 % мікроскопічне дослідження матеріалу розтину трупів новонароджених та послідів.

Головний лікар та завідуючий патологоанатомічним відділенням організують необхідні вірусологічне та бактеріологічне дослідження матеріалу розтину мертвороджених, померлих новонароджених та послідів, використовуючи для цього відповідні лабораторії при даному лікувальному закладі чи санепідемстанції.

У випадках раптової смерті дітей, які не були на диспансерному обліку, поза лікувальним закладом їх трупи підлягають судово-медичному розтинуві. Патологоанатом може бути залучений для консультативної допомоги за домовленістю з керівником бюро судово-медичної експертизи. У разі раптової смерті дітей, що були на диспансерному обліку, їх трупи розтинаються патологоанатомами.

Для уніфікації оформлення патологоанатомічного діагнозу перинатально померлих використовуються тільки результати розтину трупів плодів і новонароджених та патологоанатомічного дослідження послідів. Клінічні дані про материнську патологію в період вагітності та пологів у патологоанатомічний діагноз не вносяться. Вони обов'язково фіксуються в патологоанатомічному епікризі та в свідоцтві про смерть.

Свідоцтво про перинатальну смерть чи попереднє перинатальне свідоцтво про смерть, патологоанатомічний діагноз та протокол (карта) патологоанатомічного дослідження оформляються патологоанатомом у день розтину.

#### 4. Вивчити зміст додатка С до наказу №81 МОЗ України.

Зміст додатка С до наказу №81 МОЗ України

### І Н С Т Р У К Ц І Я

#### **про особливості та порядок розтину трупів дітей раннього віку, новонароджених, мертвонароджених, викиднів та плацент**

*При патологоанатомічному дослідженні трупів дітей раннього віку, новонароджених, мертвонароджених та викиднів при розтині черепа необхідно зберегти непошкодженими синуси твердої мозкової оболонки. Відсепарувавши шкіру голови гострим шлямпом (ножицями, кінці яких загнуті під кутом), робиться отвір в ділянці лямбоподібного шва і по горизонтальній лінії проводиться розріз тім'яної та лобової кісток разом із твердою мозковою оболонкою. Дійшовши до середини лобової кістки, кінці ножиць повертають назад і розрізають лобову та тім'яну кістки вздовж лобового та стрілоподібного шва на віддалі 1 см від останнього.*

*Потім розріз ведуть по лямбоподібному шву до зробленого раніше в ньому отвору. Такий же розріз робиться і з другого боку, після чого посередині черепа залишається кісткова пластинка шириною близько 1,5-2 см вздовж стрілоподібного шва з серпоподібним відростком твердої мозкової оболонки. Обережно відсовуючи рукою кожну півкулю мозку, уважно оглядаються намет мозочка та серпоподібний відросток, бо в цих місцях найбільш часто зустрічаються розриви та крововиливи внаслідок пологової травми. Виділивши окремо кожну півкулю, перерізується намет мозочка біля краю піраміди скроневої кістки і видобувається стовбура частина мозку разом з мозочком та довгастим мозком. Можливі й інші методи розтину черепа, що гарантують від штучних пошкоджень його вмісту.*

*Хребет досліджується в усіх випадках для визначення міри його розтягування. Воно проявляється надзвичайною рухомістю хребців у шийному та грудному відділах по поздовжній осі хребта, а також крововиливами в передню поздовжню зв'язку відповідного міжхребцевого диска. Канал хребця розтинається не збоку спини, як у дорослих, а спереду після видалення органокомплексу. Для цього роз'єднують тіла III та IV хребців, вводять в хребцевий канал бранші гострокінцевих ножиць, зігнутих по площині, і розрізають дужки хребців з однієї та з другої сторони. Після видалення тіл хребців оглядають епідуральний простір, спинномозкові корінці та міжхребцеві вузли, потім витягують спинний мозок і досліджують його на всьому протязі.*

*При розтині передньої стінки живота для збереження цілості пупкових судин середній розріз закінчується на 1-1,5 см вище пупкового кільця. Звідси ведуться два розрізи в напрямі внутрішньої третини пахових складок. При підніманні шкірно-м'язового трикутника, що при цьому утворився, пупкова вена натягується. Вона розтинається поздовжнім розрізом до воріт печінки. Пупкові артерії, що лежать по боках, оглядаються на поперечних розрізах. При підозрі на можливість пупкового сепсису з вмісту кожної судини або із зіскрібка з поверхні інтими робляться мазки для бактеріального (бактеріоскопічного) дослідження. Пупкові судини для гістологічного дослідження беруться в усіх випадках.*

*Обов'язково досліджується на поздовжніх розрізах нижній епіфіз стегна, де відмічаються ядра скостеніння та визначається стан лінії скостеніння хряща між епіфізом та діафізом.*

*Трупи викиднів масою тіла від 500 г і більше, новонароджених, мертвонароджених та дітей, що померли безпосередньо після пологів, доставляються в патологоанатомічне бюро (відділення) разом з послідом. При дослідженні посліду відзначаються його цілісність, маса, форма, місце відходження пуповини, її діаметр та довжина. Обов'язково проводяться гістологічні дослідження оболонок, пуповини та плаценти (оболонка – 1-2 шматочки, пуповина – 2-3 шматочки, плацента – 6-12 шматочків із різних зон).*

## **5. Повторити структуру протоколу розтину та клініко-анатомічного епікризу.**

## **6. Згадати ускладнення, причини смерті в перинатальному періоді та при основних захворюваннях у педіатричній практиці.**

### **II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

1. Правила і вимоги до написання протоколу патологоанатомічного розтину померлої дитини та плода.
2. Особливості техніки розтину померлого плода, новонародженого, дитини.
3. Особливості клініко-анатомічного аналізу у випадку смерті плода, новонародженого, дитини.
4. Особливості шифрування дитячої патології та смертності за X Міжнародною класифікацією.



5. Особливості оформлення патологоанатомічного діагнозу та лікарського свідчення про смерть у випадку перинатальної смерті плода, новонародженого.

### **III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ**

1. Взяти участь у розтині трупа. Обговорити клініко-анатомічні особливості конкретного випадку секції на занятті.
2. Сформулювати і записати патологоанатомічний діагноз, клініко-анатомічний епікриз, заповнити лікарське свідчення про смерть.
3. У разі відсутності розтину розв'язати запропоновані викладачем ситуаційні задачі.

#### **Ситуаційні задачі**

1. Лікар-патологоанатом звернувся до адміністрації лікарні з проханням збільшити штати відділення, мотивуючи тим, що він протягом року провів 130 розтинів померлих і 2400 досліджень біопсійного та операційного матеріалу. Чи обґрунтоване прохання патологоанатома? Дайте роз'яснення цій ситуації.

2. Лікар-патологоанатом протягом року провів 80 розтинів померлих дітей та мертвнонароджених, 2500 досліджень біопсійного та операційного матеріалу.

Чи має він підстави вимагати в адміністрації збільшення штатів відділення?

3. У номерній районній лікарні померла дитина 13-ти років від перитоніту, який розвинувся після флегмонозного апендициту. У шта-тах лікарні відсутній патологоанатом. Хто в цьому випадку проведе секцію померлого?

4. В морг доставили труп померлого М. 12-ти років після опера-тивного втручання. Родичі хочуть забрати труп без секції, мотивуючи тим, що є дозвіл головного лікаря. Начальник патологоанатомічного відділення заборонив видати труп без секції. Як потрібно діяти в цій ситуації черговому лікарю-патологоанатому?

5. Родичі померлого Л. 8-ми місяців звернулися до чергового лікаря-патологоанатома з проханням видати труп без секції. Як треба діяти в цій ситуації? Хто має право видати труп без секції?

6. Аспірант А. звернувся до чергового лікаря-патологоанатома з проханням провести термінову секцію померлої дитини з метою взяття матеріалу для наукового дослідження. Яка тактика патологоанатома?

7. В морг доставлено мертвонароджений викидень масою 600 г. Черговий лікар-патологоанатом провів розтин трупа, але свідоцтво про перинатальну смерть не оформив. Як розцінити дії патологоанатома?

8. В морг доставлено труп дитини, яка була на диспансерному обліку, але смерть наступила в домашніх умовах. Чи потрібно розтинати труп?

9. З пологового будинку доставлено новонароджену дитину масою 600 г, ріст 24 см з ознаками недоношення. Померла через 2 год після народження. Яка ваша тактика як головного лікаря і прозектора?

10. Хворий 8-ми років поступив у районну лікарню з ознаками кишкової непрохідності. Через 18 год після перебування в стаціонарі помер з ознаками серцево-судинної недостатності. Родичі просять видати труп без секції. Яка тактика головного лікаря?

11. В лікарню доставлено хлопчика 6-ти років без свідомості. Був знайдений колгоспниками після грози на полі. Клінічний діагноз: пошкодження блискавкою. Помер на другу добу після поступлення. Якою має бути тактика головного лікаря?

12. В лікарню доставлено дівчину 16-ти років з кровотечею з матки, температурою 39 °С, блідістю. З анамнезу відомо, що їй було проведене переривання вагітності за межами лікарні. Померла на 3 добу з ознаками розлитого перитоніту. Яка тактика головного лікаря?

13. Хвора 10-ти років перебувала у хірургічному відділенні протягом 3-х тижнів у зв'язку з переломом стегна. Травму одержала при автоаварії. В останні дні відзначали підвищення температури тіла. Померла з ознаками серцево-легеневої недостатності. Рідні просять видати труп без секції. Яке рішення має прийняти головний лікар?

14. Під час операції у дитини С. видалена нирка в зв'язку з наявністю пухлини Вільмса. Хірург для гістологічного дослідження направив шматочок нирки, другу частину органа залишив для виготовлення макропрепарату, а третю відправив у друге патологоанатомічне відділення. Чи правильні дії хірурга?

15. При перевірці патологоанатомічної служби дитячої лікарні відзначено, що патологоанатом не повністю оформляє документацію

після секції. В історіях хвороби є тільки патологоанатомічні діагнози. Немає досліджень плацент. Поясніть, чи правильно зроблено зауваження?

16. В гінекологічному відділенні зроблено операцію з видалення яєчника з приводу кістоми у 13-річної дівчинки. Яка подальша доля цього операційного матеріалу?

17. В лікарні померла дитина, яка була доставлена без свідомості за 4 год до смерті. Головний лікар попросив патологоанатома видати труп кафедрі анатомії людини для навчальної мети. Які порушення мають місце в даній ситуації?

18. Чи підлягає секції труп новонародженої дитини масою 550 г і довжиною 23 см?

19. Дитина 4-х років перебувала на лікуванні з приводу дифтерії. Померла на 4 добу після поступлення з явищами асфіксії. Яка тактика прозектора? Який порядок видачі трупа родичам?

20. Хлопчик 8-ми років, перебуває на операційному столі, під час операції взято біопсію і направлено для термінової діагностики. Протягом якого часу прозектор має дати відповідь?

21. В хірургічне відділення поступила дитина 3-х років з ознаками асфіксії. Мама говорить, що дитина гралась гудзиками. Через годину після поступлення в стаціонар дитина померла, незважаючи на те, що була зроблена трахеотомія. Родичі просять видати труп без секції. Яка має бути тактика головного лікаря і прозектора?

22. Під час секції померлого хлопчика 6-ти років поставлено діагноз – сепсис. В патологоанатомічному відділенні відсутня бактеріологічна лабораторія. Де буде проведено бактеріологічне дослідження?

23. У процесі знайомства з історією пологів лікар-патологоанатом відзначив такі обставини: мама спала з новонародженою дитиною в одному ліжку, сон мами був дуже міцний, ранком виявилось, що обличчя мертвої дитини було накрито молочною залозою мами. Під час секції виявлена картина асфіксії. Яка має бути тактика патологоанатома в даному випадку?

24. В хірургічне відділення поступив хворий 9-ти років з болями в животі, підвищеною температурою, симптомами подразнення очеревини. На другу добу хворий помер. На секції виявлено підшкірні

крововиливи в поперековій ділянці, велику заочеревинну гематому, розрив нирки. Якою має бути тактика прозектора?

25. Чи підлягає розтину труп новонародженого хлопчика масою 750 г і довжиною тіла 28 см?

26. З пологового відділення доставлено труп новонародженого масою 600 г з ознаками недоношення. Смерть наступила через 2 год після народження. Яка ваша тактика як головного лікаря і прозектора?

27. Під час секції дитини, патологоанатом запідозрив вірусний гепатит. Які дії лікаря-патологоанатома в такій ситуації мають бути обов'язковими?

## Заняття №7

### **Роль патологоанатомічної служби у контролі за якістю лікувально-профілактичної роботи. Організація роботи лікувально-контрольних комісій (ЛКК) та клініко-патологоанатомічних конференцій**

**Мотивація:** контроль за якістю лікувально-профілактичної роботи патологоанатомічна служба здійснює шляхом організації роботи лікарсько-контрольних комісій і клініко-патологоанатомічних конференцій. Клініко-патологоанатомічна конференція є одним з основних методів науково-практичної роботи лікарського колективу. Вона відіграє найважливішу роль у покращанні діагностичної та лікувальної роботи у медичних закладах.

**Мета:** засвоїти основні положення проведення ЛКК та клініко-анатомічних конференцій.

**Завдання.** *Знати* основні завдання ЛКК та клініко-патологоанатомічних конференцій.

*Навчитись* основних правил та принципів організації проведення клініко-патологоанатомічних конференцій.

*Вміти* дати оцінку розбіжностям клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

#### **Оснащення заняття**

1. Додаток К до наказу № 81 МОЗ України (Положення про порядок організації та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій в лікувально-профілактичних закладах).
2. Додаток Н до наказу № 81 МОЗ України (Організація та порядок роботи лікувально-контрольної комісії (ЛКК)).
3. Навчальні протоколи розтинів.

## **I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

### **Клініко-патологоанатомічна конференція**

Клініко-патологоанатомічна конференція передбачає всебічний і об'єктивний аналіз клінічних і морфологічних матеріалів із з'ясуванням причин і джерел помилок у строках госпіталізації, діагностиці та

лікуванні, виявлення прогалин організаційного порядку в медичному обслуговуванні населення, підвищення кваліфікації лікарів.

На клініко-патологоанатомічних конференціях розглядаються всі спостереження смертельних наслідків, які мають науковий і практичний інтерес. Це стосується також матеріалу, видаленого при хірургічних втручаннях.

*Підлягають обговоренню спостереження:*

- активного перебігу хвороб;
- хвороб, які рідко зустрічаються;
- ятрогеній;
- інтра- і післяопераційної смертності;
- смерті породіль і дітей до року;
- смерті від апендициту, пневмоній, кил, інфекційних хвороб;
- випадків, які залишилися нез'ясовані після розтину;
- помилок діагностики на доклінічному і клінічному етапах, а також патологоанатомічної діагностики;
- запізнілої правильної діагностики.

На одній із клініко-патологоанатомічних конференцій обговорюється річний звіт завідувача патологоанатомічного відділення (бюро), в якому подаються дані про летальність, аналіз якості діагностики і дефектів медичної допомоги на всіх етапах спостереження за хворим.

Клініко-патологоанатомічна конференція проводиться за планом у чітко регламентований час під час роботи, не рідше одного разу в місяць (залежно від наявності спостереження, яке підлягає розбору). Порядок денний доводиться до відома всіх лікарів за тиждень до конференції.

Залежно від наукового і практичного інтересу клініко-патологоанатомічну конференцію можна проводити на рівні області, району, лікарні, відділення. Підготовку здійснюють заступник головного лікаря з лікувальної роботи і завідувачий патологоанатомічним відділенням. Адміністрація лікувально-профілактичного закладу в жодному разі не може відмінити обговорення випадку, який запропонований завідувачим патологоанатомічним відділенням.

Для проведення конференції керівництво лікувально-профілактичного закладу призначає головуючого і його заступника із числа найбільш

кваліфікованих спеціалістів з даного фаху, двох постійних секретарів із числа лікарського персоналу, а також опонента із числа найбільш досвідчених лікарів іншого відділення. Опонент може бути запрошений з іншого закладу. В складних або спірних випадках головний лікар або його замісник за погодженням з головою конференції запрошує як консультанта кваліфікованого співробітника управління охорони здоров'я або наукового закладу. На конференції обов'язково повинні бути присутні всі лікарі даного лікувального закладу, поліклініки та інших лікарень, де лікувався хворий.

Протокол засідання ведеться в окремому журналі. Першими доповідають лікуючий лікар і патологоанатом. Їх доповіді не повинні обмежуватися викладом історії хвороби і протоколом розтину. Вони повинні підкріплюватись демонстрацією всіх матеріалів, які дозволяють висвітлити всі прояви клініки, патогенезу і танатогенезу. Виступ завершується обґрунтуванням діагнозу, розкриттям особливостей даного випадку стосовно клінічного перебігу, етіології, патогенезу, причин і механізму смерті.

*Опонент у своїй доповіді висвітлює:*

- об'єктивний аналіз історії хвороби;
- якість медичної документації;
- своєчасність і обґрунтованість наукового діагнозу;
- обґрунтованість, доцільність і повноцінність проведених діагностичних і лікувальних заходів;
- аналіз причин розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів;
- оцінку необхідності, своєчасності та правильності хірургічного втручання (смертність у хірургічних відділеннях);
- огляд літератури з даної патології.

Після виступу опонента випадок обговорюють учасники конференції. Обговорення завершується виступом головуючого, який підсумовує дискусію, і прийняттям рішення.

У завдання клініко-патологоанатомічної конференції входить визначення категорії і причини розходження клінічного і патологоанатомічного діагнозів.

*Незбіг діагнозу розподіляється:*

– за нозологічним принципом, наприклад, туберкульоз легень замість раку легень;

– за етіологією, наприклад, туберкульозний менінгіт замість менінгококового;

– за локалізацією, наприклад, рак шлунка замість раку підшлункової залози;

– за ускладненнями, наприклад, не вказане важливе ускладнення.

*При аналізі причин незбігу виділяють такі категорії:*

– захворювання нерозпізнане на попередньому етапі, а в лікарні діагноз поставити було неможливо внаслідок тяжкості стану і короткочасності перебування хворого;

– захворювання не розпізнали в лікарні, хоча умови для цього були і стан хворого дозволяв провести необхідні обстеження.

*При визначенні категорії причини неправильно встановленого діагнозу доцільно враховувати:*

– неправильно встановлений діагноз не вплинув на наслідок хвороби у зв'язку з тим, що в лікарню хворий поступив в інкурабельному стані;

– неправильно встановлений діагноз спричинив помилкову лікувальну тактику, що відіграло суттєву роль у танатогенезі.

Джерело і причини незбігу діагнозів можуть бути об'єктивними і суб'єктивними. Об'єктивні – обумовлені короткочасністю (до 24 год) перебування хворого в лікувально-профілактичному закладі, труднощами і неможливістю його обстеження внаслідок тяжкості стану, атиповості розвитку і перебігу процесу або рідкості захворювання.

Суб'єктивні причини помилкової діагностики обумовлені рівнем підготовки і кваліфікації лікаря.

Підсумовуючи, слід відзначити, що аналіз помилок має бути принциповим, виступи не повинні звинувачувати окремих осіб, які припустилися помилки, пригнічувати їх гідність. Доброзичливе обговорення помилок дасть лише користь лікарям лікувально-профілактичного закладу і в кінцевому етапі – хворому.



## 1. Вивчити зміст додатка Н до наказу №81 МОЗ України

Зміст додатка Н до наказу №81 МОЗ України

### ПОЛОЖЕННЯ

#### про проведення клініко-анатомічного аналізу смертельних наслідків

*Клініко-анатомічний аналіз є методом пізнання обставин виникнення захворювань, особливостей їх перебігу, а також безпосередніх причин та механізмів настання смерті.*

*Головною методологічною умовою проведення клініко-анатомічного аналізу є дотримання принципів єдності морфологічних та функціональних змін. При цьому на основі вивчення клінічних відомостей про скарги хворого, характер симптомів, що мали місце при його житті, фізикальних, клініко-лабораторних та інших даних в їх співставленні з патолого-анатомічними змінами патологоанатом виявляє ступінь відповідності клінічних проявів хвороби їх морфологічним та функціональним змінам.*

*1. Порядок порівняння клінічного та патологоанатомічного діагнозів.*

*Результати клініко-анатомічного аналізу, що проводиться разом патологоанатомом і клініцистом, знаходять своє відображення в клініко-патологоанатомічному епікризі, акті комісії з вивчення смертельних наслідків (ЛКК) та в протоколі патологоанатомічної конференції.*

*Розбіжністю клінічного та патологоанатомічного діагнозів основного захворювання вважаються:*

*– випадки, коли неправильно визначена нозологічна форма захворювання (наприклад, при хронічному гломерулонефриті виставлений діагноз хронічного пієлонефриту), неправильно вказана локалізація процесу (наприклад, при раку шлунка – рак яєчника, чи при ракові лівої легені – рак правої легені) чи в клінічному діагнозі вказівка на них відсутня (наприклад, при раку прямої кишки встановлений діагноз пухлини черевної порожнини);*

*– випадки, коли неправильно встановлена етіологія захворювання (наприклад, при В-12 фолієводефіцитній анемії виставлений діагноз залізодефіцитної анемії та ін.);*

*– випадки, коли замість основного захворювання в заключному клінічному діагнозі вказаний лише симптом чи синдром (наприклад, жовтяниця, уремія, крововилив у головний мозок, об'ємний процес);*

*– випадки, коли розпізнане тільки одне з конкуруючих чи поєднаних захворювань;*

*– випадки, коли порядок рубрик у клінічному діагнозі порушений (наприклад, основне захворювання поставлене не на першому, а на другому*

або на третьому місці), відповідно, неправильно проведено і шифрування основного захворювання.

Не вважаються розходженням клінічного та патологоанатомічного діагнозів за основним захворюванням:

- випадки, коли не розпізнане фонове захворювання;
- випадки гіпердіагностики конкуруючих, фонових, поєднаних захворювань та ускладнень, якщо в результаті проведених у зв'язку з гіпердіагностикою лікувальних заходів не було заподіяно шкоди хворому;
- випадки, коли неправильно розпізнана локалізація патологічного процесу в межах одного органа в неспеціалізованих відділеннях (наприклад, якщо при пухлині в лівій скроневій частці вона виявиться в тім'яній або інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка серця виявиться інфарктом передньої його стінки та ін.).

Порівнюючи клінічний та патологоанатомічний діагнози за іншими рубриками в патологоанатомічному епікрізі, враховуються нерозпізнані або гіпердіагностовані ускладнення та супровідні захворювання. При цьому оцінюється та враховується також своєчасність діагностики смертельного ускладнення тощо.

У разі виявлення грубих недоліків у лікувально-діагностичній роботі начальник патологоанатомічного відділення зобов'язаний доповісти про них головному лікареві лікувально-профілактичного закладу.

## **2. Вивчити зміст додатка К до наказу №81 МОЗ України.**

Зміст додатка К до наказу №81 МОЗ України

### **П О Л О Ж Е Н Н Я**

#### **про порядок організації та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій в лікувально-профілактичних закладах**

*Основні завдання клініко-патологоанатомічних конференцій:*

– підвищення кваліфікації лікарів лікувально-профілактичних закладів, підвищення якості клінічної діагностики і лікування хворих шляхом спільного обговорення та аналізу клініко-патоморфологічних і лікування хворих шляхом спільного обговорення та аналізу клініко-патоморфологічних даних;

– виявлення причин та джерел помилок в діагностиці та лікування на всіх етапах медичної допомоги, недоліків організаційного характеру, своєчасності госпіталізації в роботі допоміжних служб (рентгенологічній, лабораторній, функціональній діагностиці та ін.).

*На клініко-патологоанатомічній конференції обговорюються:*

- всі випадки розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів;*

- всі спостереження, що мають науково-практичний інтерес;*
- незвичайні перебіги захворювання;*
- випадки медикаментозних захворювань та медикаментозного патоморфозу захворювань;*
- випадки смерті хворих після хірургічного, діагностичного та терапевтичного втручання, особливо тих хворих, які були госпіталізовані терміново;*
- гострі інфекційні захворювання;*
- випадки пізньої діагностики, важкі для діагностики захворювання, неясні випадки, що потребують спільного обговорення.*

*На одній з конференцій обговорюється доповідь про роботу за минулий рік начальника патологоанатомічного бюро, завідуючого патологоанатомічним відділенням (завідуючого дитячим патологоанатомічним відділенням), в якій повинні бути представлені зведені дані про летальність у лікарні та аналіз якості діагностики і недоліки медичної допомоги на всіх етапах лікування хворого.*

*Клініко-патологоанатомічна конференція повинна встановити категорію розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів, керуючись при цьому положеннями:*

*1. Захворювання не було розпізнане на попередніх етапах, бо в даному лікувальному закладі встановлення правильного діагнозу було неможливе через тяжкість стану хворого, поширеність патологічного процесу, короткочасність його перебування в даному закладі.*

*2. Захворювання не було розпізнане в даному лікувальному закладі у зв'язку з недоліками в обстеженні хворого, відсутністю необхідних та доступних досліджень; при цьому необхідно враховувати, що неправильна діагностика не обов'язково остаточно вплинула на кінець захворювання, але правильний діагноз міг бути і повинен був бути поставлений.*

*3. Неправильна діагностика зумовила помилкові лікарські дії, що виявились визначальними в летальному завершенні захворювання.*

*Тільки 1-а та 2-а категорії розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів мають безпосереднє відношення до лікувального закладу, де хворий вмер. 1-а категорія розбіжностей діагнозів відноситься до тих лікувально-профілактичних закладів, котрі надавали медичну допомогу хворому в ранні строки захворювання та до госпіталізації його в лікувально-профілактичний заклад, в якому він помер. Обговорення цієї групи розбіжностей має бути перенесене в ці лікувальні заклади або*

лікарський персонал останніх має бути присутній на конференції в лікувальному закладі, де хворий помер.

На клініко-патологоанатомічних конференціях бути присутніми зобов'язані всі лікарі даного лікувально-профілактичного закладу, а також лікарі тих лікувально-профілактичних закладів, котрі брали участь в обстеженні та лікуванні хворого на попередніх етапах.

Клініко-патологоанатомічні конференції проводяться планово, в робочий час, не рідше 1-го разу на місяць.

У великих лікарнях, крім загальнолікарняних конференцій, мають проводитись клініко-патологоанатомічні конференції по групах відповідних профільних відділень.

Порядок денний чергової клініко-патологоанатомічної конференції доводиться до відома лікарів лікувального закладу не пізніше ніж за 7 діб до конференції. Підготовка клініко-патологоанатомічної конференції здійснюється заступником головного лікаря з медичної частини та завідуючим відділенням патологоанатомічного бюро (патологоанатомічного відділення).

Відміняти обговорення випадку, що було запропоноване начальником патологоанатомічного бюро, завідуючим патологоанатомічним відділенням, адміністрація лікувального закладу не має права.

Для проведення клініко-патологоанатомічної конференції керівником лікувального закладу призначаються два співголови (клініцист та начальник патологоанатомічного бюро, завідуючий патологоанатомічним відділенням), а також опонент з числа найбільш кваліфікованих лікарів (терапевт чи педіатр, хірург, патологоанатом та ін.).

Для ведення протоколу конференції призначаються два постійні секретарі зі складу лікарняного колективу.

Доцільно обмежувати порядок денний конференції обговоренням одного спостереження.

Випадки, що підлягають обговоренню, доповідаються лікуючими лікарями, патологоанатомом, який виконував розтин трупа, і аналізував за даними медичної карти стаціонарного хворого (для пологових будиноків – історія пологів, історія розвитку новонародженого) якість обстеження, ведення медичної документації, а потім обговорюється учасниками конференції, включаючи лікарів іншого фаху, котрі брали участь в діагностиці захворювання.

Адміністрація лікувально-профілактичного закладу на підставі матеріалів, висновків та пропозицій клініко-патологоанатомічної конференції розробляє та проводить заходи по попередженню та ліквідації недоліків, допущених в організації та наданні медичної допомоги хворому.

*При зіставленні діагнозів враховується тільки діагноз, що записаний на першій сторінці історії хвороби; в клінічному та патологоанатомічному діагнозах повинно бути чітко виділене основне захворювання, ускладнення та супровідне захворювання. Обов'язково на титульному листку та в епікризі історії хвороби зазначається дата встановлення діагнозу кожного захворювання та їх ускладнень.*

*Основним вважається те захворювання, котре безпосередньо чи через ускладнення, тісно пов'язане з ним, викликало смерть хворого. Відповідно до Міжнародної класифікації захворювань (МКЗ) у клінічному та патологоанатомічному діагнозах як основне захворювання має фігурувати тільки відповідна нозологічна одиниця. Клінічний діагноз не може підмінятися перерахуванням синдромів чи симптомів захворювання. В патологоанатомічному діагнозі повинна бути анатомічна суть захворювання.*

*При проведенні клініко-патологоанатомічних конференцій слід враховувати, що в сучасних умовах, особливо в осіб похилого віку, часто існують одночасно два або й більше захворювань, які розвиваються незалежно одне від одного або знаходяться в складних патогенетичних взаємодіях.*

*Серед цих захворювань нелегко, а досить часто неможливо виділити основне. Таке становище викликало необхідність ввести в діагностичні визначення поняття та терміни – конкуруюче, поєднане, фонове захворювання, комбіноване основне захворювання. Розміщення в діагнозі та епікризі виявлених захворювань відповідно до цих понять дозволяє чіткіше уявити їхню взаємозалежність та вплив одного на одне, а також значення кожного захворювання та їхніх ускладнень в генезі смерті; ще при цьому можна міркувати і про доцільність, повноцінність та своєчасність лікувально-діагностичних заходів.*

*До ускладнень захворювань належать ті патологічні процеси, котрі патогенетично безпосередньо пов'язані з основним захворюванням, хоч в ряді випадків можуть мати іншу етіологію (наприклад: гнійний менингіт при гнійному отиті, перитоніт при перфоративній виразці шлунка та ін.).*

*У випадках, коли смерть настала не від основного захворювання чи ускладнення, а від застосування лікувальних чи навіть діагностичних процедур та маніпуляцій, в МКЗ передбачені особливі рубрики. Наприклад, рубрики МКЗ E936 (нещасні випадки та ускладнення, що виникають у хірургічних та інших видах лікування), № 960-979 (несприятливі ускладнення, пов'язані з введенням ліків та інших медикаментозних речовин),*

№ 997 (специфічні ускладнення, пов'язані з деякими хірургічними втручаннями), № 998 (інші ускладнення внаслідок медичних втручань).

При обговоренні таких випадків на конференції можливі такі варіанти їх аналізу:

Медичний захід, що викликав смерть хворого, був вжитий за помилковим діагнозом.

У подібних випадках цей захід (оперативне, діагностичне втручання, реакції на медикаменти, променеву енергію та ін.) в діагнозі ставиться на місце основного захворювання відповідно до рубрик МКЗ E930-E936.

Медичний захід, що викликав смерть хворого, був здійснений відповідно до певних показань, але виконаний неправильно, що й призвело до смерті хворого (наприклад, переливання крові іншої, ніж у хворого, групи, надмірно охолодженої, гемолізованої; передозування сильнодіючих засобів, груба помилка при оперативному втручанні, проведенні наркозу та ін.).

Подібні випадки звичайно стають предметом судово-медичної експертизи. Як і в попередній категорії, захід, що призвів хворого до смерті, в діагнозі має фігурувати на місці основного захворювання.

Медичний захід, що зумовив смерть хворого, був адекватний, тобто застосований на основі правильно встановлених показань і здійснений правильно. Його несприятливий вплив був пов'язаний з індивідуальною непереносимістю або тяжкістю стану хворого та запущеністю захворювання, що неможливо було визначити до цього. У подібних випадках захід, що призвів хворого до смерті, хоч формально і може бути включений до однієї з вищеперелічених рубрик МКЗ, має бути включений до групи ускладнень. Проте ускладнення такого характеру треба виділяти із загальної маси виявлених ускладнень основного захворювання, що розвинулися в результаті його природного перебігу. Таким чином, при аналізі необхідно відрізняти дві категорії ускладнень – “ускладнення хвороби” та “ускладнення від лікування”. В останню групу й треба включати процеси, пов'язані з медичними заходами, якщо вони призвели хворого до смерті.

До завдання клініко-патологоанатомічних конференцій також входить виявлення причин розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Розбіжністю по основному клінічному та патологоанатомічному діагнозах вважається незбіг діагнозів:

за нозологічним принципом, наприклад, діагноз туберкульозу легень замість раку легень;

за етіологією, наприклад, діагноз туберкульозного менінгіту замість менінгококового;

за локалізацією патологічного процесу, наприклад, діагноз раку шлунка замість раку підшлункової залози.

*При комбінованому основному захворюванні відсутність чи помилковий діагноз одного із захворювань вважається розбіжністю клінічного та патологоанатомічного діагнозів.*

*Враховуючи, що клінічний діагноз має бути не лише правильний, але й своєчасний, всі секційні спостереження при розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів аналізуються у відношенні своєчасності їх встановлення: матеріали цього аналізу обговорюються на клініко-патологоанатомічних конференціях, наводяться у звітах патологоанатомічного відділення.*

*Джерела та причини розходжень діагнозів можуть бути об'єктивними та суб'єктивними. Об'єктивні причини помилкового діагнозу обумовлені короткочасністю перебування хворого в медичному закладі, важкістю та неможливістю його обстеження у зв'язку з тяжким станом, атипівістю розвитку та перебігу процесу чи недостатнім вивченням захворювання. Суб'єктивні причини помилкової діагностики обумовлені рівнем підготовки та кваліфікації лікаря. При аналізі цих двох категорій помилок у кожному випадку вказують та виділяють конкретні причини їх походження (тяжкий стан хворого, що не дозволяє провести його обстеження, атипівий чи безсимптомний перебіг хвороби, рідкісність захворювання, недостатні лабораторні дослідження, увага до анамнезу та ін.). Короткочасним перебуванням хворого умовно вважається перебування його в лікувальному закладі менше 24 год.*

*Аналізуючи випадки, в яких мав місце збіг діагнозів, слід виділити ті з них, коли основне захворювання та смертельне ускладнення були розпізнані пізно, що обумовило несвоєчасність проведення раціонального лікування і летальний кінець.*

*Таким чином, виходячи з завдань, які стоять перед клініко-патологоанатомічними конференціями, необхідно, щоб аналіз допущених помилок був принциповим, виступи на них не носили характеру звинувачень на адресу окремих осіб, що припустилися тих чи інших помилок. Користь для хворого та підвищення лікарської кваліфікації мають бути основною метою проведення клініко-патологоанатомічного співставлення.*

### **3. Вивчити зміст додатка Н до наказу №81 МОЗ України.**

Зміст додатка Н до наказу №81 МОЗ України

#### **ПОЛОЖЕННЯ**

**про проведення клініко-анатомічного аналізу смертельних наслідків**

*Організація та порядок роботи лікувально-контрольної комісії (ЛКК).*

*Лікувально-контрольна комісія (ЛКК, надалі комісія) призначена для всебічного та кваліфікованого з'ясування обставин та особливостей перебігу захворювання, безпосередньо причини та механізму настання смерті, недоліків надання медичної допомоги хворим, які померли в даному лікувальному закладі, а також у поліклініці, вдома, в районі, що обслуговується цим закладом.*

*Відповідальним за організацію та стан роботи комісії є головний лікар лікувального закладу, щорічним наказом якого визначається склад комісії. Головою комісії, як правило, призначається заступник головного лікаря по медичній частині, постійними членами – головні медичні спеціалісти, завідуючі відділеннями, завідуючий відділенням патологоанатомічного бюро чи патологоанатомічним відділенням та один з ординаторів-клініцистів як секретар. Останній склад комісії встановлюється в оперативному порядку залежно від характеру захворювання у померлого за участю патологоанатома чи лікаря, що проводив розтин. Лікарів, які брали участь в лікуванні хворого, членами комісії призначати не слід. Голова комісії зобов'язаний вивчити всю необхідну документацію, що стосується даного випадку смерті (історію хвороби, виписку з протоколу патологоанатомічного дослідження померлого та інші матеріали), та призначити рецензента з найбільш кваліфікованих лікарів лікувально-профілактичного закладу. При необхідності запитуються матеріали з інших лікувальних закладів, де раніше лікувався хворий.*

*Засідання комісії призначається в строк не пізніше 15 діб після смерті хворого.*

*На засіданні комісії заслуховуються короткі доповіді лікуючого лікаря, патологоанатома та рецензента, якщо були недоліки догоспітального періоду. Протокол засідання комісії веде секретар.*

*Лікуючий лікар зобов'язаний обґрунтувати поставлений хворому діагноз, використовуючи для цього результати його обстеження, доповіді, як розвивалося захворювання, коли та з якої причини виникли ускладнення, які у зв'язку з цим проводились конкретні заходи та їх результати.*

*Патологоанатом доповідає комісії патологоанатомічний діагноз та епікриз, проводить порівняння клінічного та патологоанатомічного діагнозів за всіма рубриками, подає відомості про виявлені недоліки в наданні медичної допомоги та їхні причини.*

*Рецензент на підставі вивченої медичної документації доповідає та представляє комісії письмовий висновок про своєчасність госпіталізації хворого, повноту його обстеження, правильність лікування на догоспітальному етапі та в госпітальний період.*



*Порівнюючи клінічні та патологоанатомічні дані, рецензент встановлює конкретні причини допущених помилок, пропонує заходи до їхнього попередження в майбутньому. У випадках розходження думок патологоанатома та лікуючого лікаря рецензент обґрунтовує одну з них чи пропонує свою, використовуючи для цього дані наукової літератури. Він визначає залежність помилок лікуючого лікаря від усієї системи організації лікувально-діагностичної роботи в лікувальному закладі, відділенні.*

*Комісія зобов'язана з'ясувати обставини виникнення захворювання (травми), особливості його перебігу, танатогенезу, встановити якість надання медичної допомоги, розробити конкретні практичні заходи щодо усунення та попередження виявлених недоліків.*

*При аналізі медичної допомоги на догоспітальному етапі комісія встановлює:*

- стан активного виявлення хворих та своєчасність первинного звернення хворого за медичною допомогою;*
- повноцінність обстеження в поліклініці, якість та своєчасність діагностики, правильність лікування;*
- своєчасність госпіталізації;*
- правильність транспортування хворого в лікувальний заклад;*
- якість поглиблених медичних обстежень та диспансерного спостереження за хворим у лікарні.*

*При аналізі медичної допомоги в госпітальний період комісія встановлює:*

- повноту, обґрунтованість та своєчасність обстеження хворого в лікувальному закладі;*
- своєчасність заключного діагнозу захворювання, його повноту і правильність;*
- обґрунтованість лікувальних призначень та оперативних втручань;*
- правильність виконання лікувальних процедур та хірургічних операцій;*
- адекватність післяопераційного ведення хворого;*
- дотримання послідовності в діагностиці та лікуванні хворого на всіх етапах госпіталізації.*

*Якість ведення медичної документації комісія оцінює відповідно до кожного етапу госпіталізації. При цьому звертається увага на професійну грамотність лікарських записів, повноту відображення скарг, анамнестичних відомостей, даних об'єктивного обстеження, наявність записів обходів завідуючого відділенням, інших посадових осіб, передопераційних епікризів, післяопераційних діагнозів, стан ведення наркозних карт та карт інтенсивної терапії.*

*По закінченні роботи комісія складає акт, який підписується всім складом комісії.*

*У разі виявлення комісією недоліків у наданні медичної допомоги в акті в обов'язковому порядку вказуються: суть та характер недоліків, де вони допущені, прізвища та ініціали лікарів, що допустили недоліки, якою мірою недоліки медичної допомоги зумовили смертельний наслідок, а також конкретні практичні рекомендації комісії для усунення та попередження виявлених недоліків у лікувально-профілактичній роботі лікарні.*

*При виявленні комісією недоліків у наданні медичної допомоги, що допущені лікарями інших лікувальних закладів, голова комісії в обов'язковому порядку направляє на адресу відповідного головного лікаря випуску з акта комісії.*

*У випадках розходження думок членів комісії призначається повторний розгляд смертельного випадку комісією з участю головних спеціалістів обласного, міського відділів охорони здоров'я.*

#### **4. Ознайомитись із ситуаційними задачами (навчальні протоколи розтинів) і підготуватися до участі у діловій грі в ролі одного з учасників клініко-патологоанатомічної конференції.**

### **II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

1. Історія проведення клініко-анатомічних конференцій.
2. Хто організовує і проводить клініко-анатомічні конференції?
3. Завдання клініко-анатомічних конференцій.
4. Принципи і порядок організації клініко-анатомічних конференцій.
5. Які випадки розглядаються на клініко-анатомічних конференціях?
6. Основні доповідачі на клініко-анатомічних конференціях.
7. Які категорії розбіжностей клінічного та патологоанатомічного діагнозів встановлює клініко-анатомічна конференція?
8. Значення клініко-анатомічних конференцій у роботі лікарняних закладів.
9. Основні принципи організації ЛКК та її завдання.

### **III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ**

1. Ділова гра "Клініко-патологоанатомічна конференція".  
Примітка: temu конференції та її учасників визначає викладач.
2. Обговорення основних результатів проведення ділової гри.

## Заняття № 8

### Методи біопсійного дослідження матеріалу

**Мотивація:** біопсійне дослідження займає суттєве місце у прижиттєвій діагностиці різних захворювань. Будь-яка патологічно змінена тканина, котра видалена з організму хірургічним методом, в обов'язковому порядку підлягає гістологічному дослідженню. Особливо актуальним є біопсійне дослідження в онкологічній практиці.

**Мета:** засвоїти основні положення проведення біопсійного дослідження у лікарняних закладах.

**Завдання.** *Знати* порядок дослідження біопсійного та операційного матеріалів у лікарняних закладах.

*Навчитись* основних правил підготовки біопсійного та операційного матеріалів для гістологічних та цитологічних досліджень.

*Вміти* оцінити результати біопсійного дослідження при різних патологічних процесах.

### Оснащення заняття

1. Додаток П до наказу № 81 МОЗ України (Положення про порядок дослідження біопсійного та операційного матеріалів (патогістологічні дослідження)).
2. Набір мікропрепаратів з різними патологічними процесами.
3. Операційний матеріал для біопсійного дослідження.

### I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

#### 1. Вивчити зміст додатка П до наказу №81 МОЗ України

Зміст додатка П до наказу №81 МОЗ України

### ПОЛОЖЕННЯ

#### про порядок дослідження біопсійного та операційного матеріалів (патогістологічні дослідження)

*Патогістологічному дослідженню підлягають всі діагностичні біопсії, всі органи та тканини, видалені при хірургічних втручаннях, а також посліди, зскрібки при абортах, проведені у відділенні даного лікувально-профілактичного закладу та прикріплених до нього лікувальних закладах.*

*Патогістологічні дослідження проводяться з метою уточнення та підтвердження клінічного діагнозу, встановлення діагнозу в клінічно неясних випадках, для визначення початкових стадій захворювання, розпізнання різних за формою та походженням запальних, гіперпластичних та пухлинних процесів. Дослідження біопсійного та операційного матеріалів дозволяє судити про радикальність операції, динаміку патологічного процесу, про зміни, що виникли в тканинах чи новоутвореннях під впливом лікування тощо.*

*Об'єкти, що мають досліджуватися, доставляються негайно в патологоанатомічне бюро (відділення), щоб забезпечити своєчасність висновків. Забороняється накопичувати біопсійно-операційний матеріал (в тому числі зскрібки) в операційних. Операційний матеріал повинен бути ретельно позначений: прізвище, ініціали хворого, номер історії хвороби, етикетка наклеюється на банку з об'єктом, що підлягає дослідженню. При вміщенні в один посуд кількох об'єктів від різних хворих кожен з них окремо зав'язується в марлю з прикріпленою біркою з цупкого паперу, що не розмокає в рідині, на якій простим олівцем має бути написано прізвище хворого, його ініціали.*

*Доставлений з клінічного відділення об'єкт, непридатний для дослідження (підсохлий, загнилий, заморожений), не приймається, про що негайно повідомляється завідуючому відділенню. На кожний матеріал заповнюється спеціальний бланк-направлення на дослідження, який доставляється в патологоанатомічне бюро (відділення). Всі графи бланка мають бути заповнені лікарем-клініцистом у такий спосіб, щоб патологоанатом, який проводитиме дослідження, мав достатню кількість клінічних відомостей при оцінці виявлених морфологічних змін. Крім клініки захворювання, на бланку мають бути наведені також короткі дані анамнезу та лікування, що проводилося (загальна кількість введених цитостатичних та гормональних препаратів, характер променевої терапії та ін.) та макроскопічний опис препарату.*

*Якщо бланк-направлення заповнений недбало і в ньому відсутні необхідні дані, завідуючий відділенням патологоанатомічного бюро повідомляє про це завідуючому клінічним відділенням, звідки доставлений матеріал; при повторних випадках доповідає головному лікарю (директору інституту), його заступнику по лікувальній роботі.*

*Категорично забороняється біопсійний та операційний матеріал ділити на частини та відсилати в різні патологоанатомічні лабораторії. В таких випадках морфологічні зміни, характерні для даного процесу (рак, туберкульоз та ін.), можуть виявитися лише в одній частині об'єкта, а відповідно, і результати будуть різні. Це може дезорієнтувати лікуючого лікаря і завдати шкоди хворому.*

*Відповідальність за доставку несе лікар, що призначив дослідження. Матеріал доставляють в патологоанатомічне бюро (відділення) працівники лікувального відділення. Якщо з певних причин відправити матеріал негайно після операції неможливо, то хірург, що виконував операцію, забезпечує його правильну фіксацію (в 10 % розчині формаліну) та збереження. Якщо хворий помер під час операції чи невдовзі після неї, в патологоанатомічне бюро (відділення) доставляються видалені під час операції органи разом з трупом.*

*Персонал патологоанатомічного бюро (відділення), лабораторії несе особисту відповідальність за правильний прийом, реєстрацію та зберігання прийнятого та обробленого матеріалу.*

*Лаборант патологоанатомічного бюро, патологоанатомічного відділення, приймаючи матеріал, що надходить в лабораторію разом з бланком-направленням, перевіряє правильність та повноту заповнення всіх граф та відповідність одержаного матеріалу вказаному бланку.*

*Реєстрація біопсії та операційного матеріалу проводиться лаборантом.*

*1-й варіант реєстрації: книга реєстрації заводиться на кожний календарний рік, має такі графи: № по порядку (нумерацію досліджень кожного року починають заново), номери відповідають кількості вирізаних з об'єкта шматочків; дата надходження та дата дослідження матеріалу, прізвище, ім'я та по батькові хворого, вік, номер історії хвороби, об'єкт дослідження, приблизний клінічний діагноз, необхідні клінічні відомості про хворого, гістологічне описання препарату та клінічний діагноз, розписка в отриманні висновку.*

*2-й варіант реєстрації: паспортні дані заносяться в чистий бланк, на якому також вказується відповідний номер дослідження. Результати макроскопічного та мікроскопічного досліджень вносять під копірку. До лікуючого закладу відсилається копія висновку, а оригінал бланка, одержаний разом з матеріалом, брошурується та залишається в лабораторії. Таким чином, в лабораторії зберігаються всі клінічні відомості про хворого, це забезпечує більш чітку документацію та можливість узагальнення результатів біопсійної роботи; доцільно заповнювати всі графи бланка в патологоанатомічному відділенні на друкарській машинці.*

*Макроскопічне дослідження матеріалу, вибір методів його обробки, способів досліджень та необхідних видів пофарбування проводить, відповідно, лікар-патологоанатом. Доручати цю роботу лаборантові забороняється.*

*Кожному дослідженню (блок, шматочок) присвоюється черговий порядковий номер, який записується на бірці, що вміщується в посуд з*

досліджуваним матеріалом, на блоці при заливанні в парафін чи целоїдин та проставляється на гістологічних препаратах. Під номером дослідження на предметних скельцях через дріб проставляються дві останні цифри календарного року дослідження.

Дослідження доставлених шматочків тканини необхідно закінчувати у такі строки:

а) для термінових біопсій – не пізніше 20-25 хв від моменту отримання матеріалу;

б) для діагностичних біопсій та операційного матеріалу – протягом 4-5 діб. Строк обробки кісткової тканини та біопсій, що потребують додаткових методів пофарбування чи консультації висококваліфікованих спеціалістів, може бути продовжений.

Копії бланків з результатами гістологічного дослідження пересилаються в клінічні відділення (під розписку) і мають бути вміщені в історію хвороби.

Архівні гістологічні препарати та книги реєстрації рекомендується зберігати протягом всього часу існування патологоанатомічного бюро (відділення). Залежно від місцевих умов гістологічні препарати червоподібних відростків, килевих мішків, мигдаликів, зскрібків з порожнини матки після неповного абортів зберігаються один рік, по закінченні строку можуть бути знищені. Гістологічні препарати доброякісних та злоякісних пухлин, пухлиноподібних процесів, з підозрою на пухлинний ріст та специфічне запалення зберігаються постійно. Целоїдинові блоки зберігаються в банках в 70 % розчині спирту, на яких має бути етикетка з вказаними номерами та роком дослідження. Для тривалого зберігання матеріалу, залитого в целоїдин, останній виймається з блоків, нанизується на нитку разом з бірками, на яких вказуються номер та рік дослідження, та поміщається в 70 % розчин спирту. Парафінові блоки з відповідним маркуванням зберігаються в умовах, що затримують висихання (поліетиленові мішечки, парафінування зрізаної поверхні). Макропрепарати чи шматочки з них зберігаються в 10 % розчині формаліну протягом року, після чого знищуються. Шматочки пухлин мозку, м'якотканинних злоякісних пухлин та тих, що рідко зустрічаються, рекомендується зберігати в 10 % розчині формаліну протягом всього часу існування лабораторії, якщо є умови.

Гістологічні препарати, при необхідності – архівний мікропрепарат можуть бути видані хворому, його родичам або медичному персоналу для консультації в іншому лікувальному закладі за умов наявності офіційного письмового запиту з цього закладу. Відповідне звернення з запитом включається до книги реєстрації гістологічних досліджень

(відповідно до номера препарату), а після повернення препаратів перекреслюється. Лікувальний заклад, якому видані препарати, зобов'язаний повернути їх в патологоанатомічне бюро (відділення).

При проведенні патологоанатомічних досліджень рекомендується така кількість дослідного матеріалу шматочків:

Злоякісні пухлини. Рак тіла матки (саркома матки та ін.): пухлина – 1-4; межа пухлини з незміненими тканинами – 2; шийка матки – 1; печінка – 2; дві труби – 2; лімфатичні вузли клітковини параметрія – 3; міоматозні вузли (якщо вони є) – 2; всього 10-14 шматочків.

Рак шийки матки: пухлина шийки – 1; з тіла матки – 1; два яєчника – 2; дві труби – 2; лімфатичні вузли клітковини параметрія – 3; міоматозні вузли (якщо вони є) – 2; всього 11-15 шматочків.

Доброякісні процеси в матці (міоми, ендометріоз та ін.): матка – 2-4; труби – 2; яєчники – 2; параоваріальні кісти – 1; всього 3-12 шматочків.

Шлункова пухлина: пухлини – 1-4; межа пухлини з незміненими тканинами – 1-2; лінії відсікання, верхня та нижня – 2; регіонарні лімфатичні вузли – 1-3; всього 8-14 шматочків.

Шлунок-виразка: виразка-край, дно – 1-3; стінка шлунка – 3; прилеглих ділянок – 1-2; регіонарні лімфатичні вузли – 3; всього 5-9 шматочків.

Молочна залоза: пухлина – 1-4; межа пухлини з незміненими тканинами – 1-2; тканина молочної залози і прилеглих ділянок – 2-3; лімфатичні вузли (по групах) – 3; всього 7-14 шматочків.

Пухлини м'яких тканин: пухлина – 2-6; межа пухлини з прилеглими тканинами – 1-3; всього 3-9 шматочків.

Легені (пухлина): пухлина – 1-5; межа пухлини з незміненими тканинами – 3; тканина легені з прилеглих ділянок – 2-3; регіонарні лімфатичні вузли – 3; всього – 8-15 шматочків.

Легені (гнийні процеси): від 3 до 9 шматочків.

Кишка з лімфатичними вузлами: від 3 до 6 шматочків.

Стравохід: шматочки, взяті при езофагоскопії, – всі.

Видалений стравохід з лімфатичними вузлами: 3-5 шматочків.

Щитоподібна залоза: з кожної частки – 1-2 шматочки, при вузлових зобах – 1-2 з кожного вузла; лімфатичні вузли – 1-3 шматочки; всього 6-10.

Пухлини яєчників: (при видаленні матки з трубами) – шматочки з пухлини – 2-3; маткові труби – 1-2; з ендометрія – 2-3; міоматозні вузли (якщо вони є) – 2-3; всього 8-13 шматочків.

Гортань (пухлина) – 2; лімфатичні вузли – 2, всього 2-5 шматочків.

*Передміхурова залоза: з кожного вузла – 1-2 або всі шматочки у вигляді зскрібка при заборі матеріалу методом трансуретральної електрорезекції.*

*Червоподібний відросток досліджується або цілком, шляхом виготовлення “рулонів”, або вирізається 1-3 шматочки з найбільш змінених місць та з ділянки, віддаленої від зони патологічного процесу.*

*Мигдалики та лімфатичні вузли, шматочки шийки матки, поліпи та інші тканини – досліджується кожний шматочок окремо.*

*Маткові труби при позаматковій вагітності – 1-3 шматочки або більше.*

*Жовчний міхур: 2-3 шматочки зі стінки чи пухлини; при наявності лімфатичних вузлів – 3; всього 2-6 шматочків.*

*З інших органів та тканин вирізаються 2-3 шматочки в пухлині чи ділянки, вражені патологічним процесом; 1-2 шматочки з тканини, що оточує патологічний процес; при одночасному видаленні лімфатичних вузлів досліджується не менше 3 лімфатичних вузлів при відсутності в них макроскопічних ознак пухлини.*

*Матеріал зскрібків, у тому числі при гінекологічних дослідженнях, аспіраційних та інших видах біопсії, трепанобіопсіях, досліджується повністю.*

*Порядок підготовки біопсійного, операційного та секційного матеріалів до гістологічних досліджень:*

*1. Пухлини шкіри розрізаються та вирізаються так, щоб при огляді гістологічного препарату була можливість оцінити характер змін в центрі і на периферії пухлини та в прилеглих ділянках.*

*2. Легені перед дослідженням фіксуються протягом доби шляхом введення фіксаторів у бронх під тиском з кухля Есмарха, піднятого на 25 см над рівнем столу. Зверху легень також заливається фіксатором та накривається марлею або ватою. При пухлинах розрізи проводять вздовж зонда, введеного в бронх. Гістологічному дослідженню підлягають не тільки ділянки пухлини, але й прилеглі стінки бронхів та легеневої паренхіми, а також лімфатичні вузли кореня легені.*

*3. Фіксація гортані проводиться в розкритому вигляді, для дослідження вирізаються пластинки вздовж гортані з патологічним вогнищем та суміжною слизовою оболонкою.*

*4. Органи шлунково-кишкового каналу фіксуються після поздовжнього розтину і розправлення на картоні. Описуються патологічні вогнищеві зміни та стан суміжної слизової оболонки. В шматочках виразок шлунка цілеспрямовано ведуться пошуки її малігнізації, для чого необхідно досліджувати більшу кількість гістологічних зрізів. В поліпах*



проводиться пошук ділянок малігнізації у вигляді ущільнень та виразок. У випадках резекції шлунка на виключення виразки дванадцятипалої кишки в доставленому препараті може бути край цієї виразки; обов'язково досліджуються місця оперативного втручання.

5. Червоподібний відросток розрізається поздовж або впоперек у змінених місцях, досліджується вміст та змінені ділянки стінки.

6. Оперативно видалені яєчка чи їхні придатки розсікаються для фіксації поздовжніми розрізами.

7. Передміхурова залоза розсікається для фіксації поперечними розрізами і для гістологічного дослідження беруться шматочки, захоплюючи стінки сечовипускального каналу та капсули залози. При наявності пухлинних вузлів (ділянок гіперплазії) з них висікаються шматочки разом з ділянками прилеглої тканини залози.

8. Ділянки секторальної резекції молочної залози після промацування розрізаються та оглядаються. Описуються розміри, щільність вузлів, вміст та стан стінок кіст. Гістологічному дослідженню підлягають ділянки вузлів з мармуровими візерунками та стінки кіст. У кожному випадку вирізається декілька шматочків з патологічного вогнища.

При тотальній резекції молочної залози її відпрепаровують від м'язів, багаторазово розрізають паралельними розрізами, перпендикулярними до шкіри. Також розсікається клітковина, в якій досліджуються лімфатичні вузли.

9. При екстирпації матки з придатками досліджуються всі видалені органи, включаючи яєчники, труби, маткові зв'язки незалежно від наявності чи відсутності в них патологічних змін. Матка розтинається Т-подібним розрізом спереду. При цьому вимірюються розміри матки, довжина шийного каналу, товщина слизової та м'язової оболонок. Шийка матки розсікається та досліджується паралельно цервікальному каналу. При лейоміомах досліджуються всі виявлені вузли незалежно від їх кількості. Матеріал електроконізації шийки матки досліджується цілком.

Кістозні пухлини яєчників розсікаються, в їхніх стінках знаходять залишки яєчника, котрі обов'язково досліджуються разом зі стінкою кісти в ділянках її ущільнення чи ворсинчастих розростань.

Дермоїдні кісти фіксуються без розтину. Після звільнення від вмісту досліджується головка кісти. В тератомах гістологічному дослідженню підлягає не менше 4-5 шматочків для визначення характеру можливої тканинної диференціації.

10. Гіпофіз для фіксації розсікають по сагітальній лінії на дві половини. Одну з них дають для гістологічного дослідження так, щоб у зрізи

потрапили передня та задня частки, лійка гіпофіза. Друга половина розсікається на дві рівні частини вздовж фронтальної лінії, по якій готуються зрізи для мікроскопічного дослідження.

11. Щитоподібна залоза фіксується розрізаною по довжині на пластини завтовшки 0,5 см або цілою. Для гістологічного дослідження беруться:

а) при дифузних зобах і тиреоїдитах – шматочки з кожної частки і перешийка, а також з будь-яких вогнищ фіброзу та мозаїчної будови;

б) при вузлових – з усіх вузлів, обов'язково з капсулою і прилеглою тканиною, зокрема вирізаються всі зони ущільнення.

12. Надниркові залози фіксуються розсіченими вздовж на пластини завдовжки 0,2-0,3 см. збереженням зв'язку між ними. Для дослідження висікаються шматочки в ділянці воріт; вони повинні обов'язково мати кіркову та мозкову речовини. При наявності пухлини шматочки висікаються разом з прилеглою тканиною.

13. Підшлункова залоза фіксується розсіченою по довжині на пластини завтовшки 0,5 см. Для гістологічного дослідження беруться шматочки з центру та на межі з прилеглою тканиною.

14. Для дослідження печінки та селезінки вирізаються пластинки тканини завтовшки 0,5 см по довжині органа і після фіксації беруться шматочки з ділянки воріт та поблизу капсули. При наявності патологічних вогнищ шматочки з них вирізаються разом з прилеглою тканиною.

15. Лімфатичні вузли перед фіксацією розсікаються вздовж великого розміру. Матеріал для дослідження береться з воріт, центру вузла та периферії з капсулою.

16. Видалені шматочки головного мозку розрізаються на пластинки завтовшки 0,5 см. Після фіксації вирізаються шматочки з патологічно змінених ділянок на межі їх з незміненими тканинами.

17. Для дослідження кісток випилюються пластини завтовшки 0,5-0,7 см, котрі згодом піддаються декальцинації. Розпили проводяться з урахуванням патологічних вогнищ (вузлів пухлин) та прилеглої незміненої кісткової тканини. М'якотканинний компонент пухлини досліджується без декальцинації.

## **2. Повторити морфологічні (гістологічні) прояви основних патологічних процесів.**

## **II. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

1. Визначення поняття біопсії.

2. Види біопсій.

3. Техніка забору біопсійного матеріалу.
4. Правила доставки біопсійного матеріалу до гістологічної лабораторії.
5. Термін виготовлення біопсій і відповіді.
6. Форми відповіді на біопсію.
7. Правила взяття матеріалу для біопсійного дослідження при різних захворюваннях:
  - а) патологія молочної залози;
  - б) патологія шлунка;
  - в) патологія кишечника;
  - г) патологія яєчника.
8. Дослідження звичайних біопсій.
9. Дослідження термінових біопсій.
10. Правила та термін зберігання біоптатів.
11. Документація біопсійного матеріалу.
12. Консервація та обробка досліджуваного матеріалу.
13. Показання та правила виконання біопсій.
14. Значення біопсій в клінічному діагнозі.
15. Етапи обробки біопсійного матеріалу.

### **III. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ**

1. Взяти участь у вирізці та підготовці операційного та біопсійного матеріалів для гістологічного дослідження.
2. Оцінити морфологічні прояви патології в навчальних біопсійних мікропрепаратах.
3. Дати відповіді на ситуаційні завдання.

#### **Ситуаційні задачі**

1. На гістологічне дослідження направлено операційний матеріал (пухлина легені). Скільки потрібно взяти шматочків для дослідження?
2. В морг доставлено труп К. 36-ти років з відміткою про наявність радіоактивності. Які заходи потрібно вжити завідуючому патологоанатомічному бюро, щоб попередити радіоактивне забруднення персоналу?
3. Під час операції видалено матку і придатки зліва. Як вирахувати кількість біопсій?
4. В патологоанатомічну лабораторію доставлено банку без підпису, в якій міститься декілька погано зафіксованих і підсушених

ділянок тканини, що видалені під час різних операцій. Препарати не марковані, але в направленні зазначено, які тканини містяться в банці. Яка тактика завідуючого патологоанатомічним відділенням?

5. У хворої під час операції видалено матку, дві труби, два яєчники. Як вирахувати кількість біопсій?

6. В патогістологічну лабораторію доставлено на дослідження зігнилий червоподібний відросток. Якою має бути тактика прозектора?

#### **4. Дати відповіді на такі завдання з біопсійного курсу.**

##### **Завдання №1**

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: Е., 45 років, менструальний цикл нормальний, хворіє хронічним сальпінгітом, безплідність. При об'єктивному обстеженні знайдено дифузне ущільнення молочної залози. Під соском лівої молочної залози вогнищеве ущільнення 5x2 см.

Результати пункційної біопсії: фіброзно-кістозний аденоматоз. Від операції хвора відмовилась. Через 3 місяці знову звернулася до лікаря з приводу збільшення лімфатичних вузлів у лівій надключичній ділянці. Результати гістологічного дослідження лімфатичного вузла: розростання атипових залозистих структур з патологічними мітозами в епітеліальних клітинах.

##### **Завдання №2**

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: Н., 48 років, одні нормальні пологи, 6 абортів. Протягом 7 років хворіє трихомонадним кольпітом та ерозією шийки матки. Біопсійного дослідження раніше не проводили.

Результати цитологічного дослідження: мазок із заднього склепіння вагіни містить поверхневі клітини багатоядерного епітелію, велику кількість лейкоцитів.

Результати гістологічного дослідження біоптату шийки матки: плоскоклітинний неороговілий епітелій з патологічними мітозами, атиповими клітинами, інфільтруючим ростом.

##### **Завдання №3**

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: Ш., 38 років, протягом року хворіє кон'юнктивітом. Лікування не

дає позитивного результату. Клінічний діагноз: хронічний кон'юнктивіт, блефарит.

Результати гістологічного дослідження: в кон'юнктиві виявлено лімфоцитарну інфільтрацію, утворення запальних гранульом з некрозом у центрі, серед лімфоцитів, епітеліоїдних клітин зустрічаються гігантські макрофаги – клітини Пирогова-Лангханса.

#### Завдання №4

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: К., 24 роки, через 5 місяців після пологів відчула себе хворою, відзначає погіршення самопочуття, підвищення температури до 38 °С, кашель з кров'янистим харкотинням. Відкашляла шматок пухкої темно-червоної тканини. Клінічний діагноз: двобічна вогнищева пневмонія.

Результати гістологічного дослідження харкотиння: велика кількість клітин цитотрофобласта з численними атипovими мітозами, відсутністю меж росту, відсутністю судин, синцитій полігональних форм та розмірів.

#### Завдання №5

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: Ф., 34 роки, в анамнезі хронічні тонзиліти, останні два місяці спостерігає збільшення шийних лімфатичних вузлів, загальну слабкість, субфебрильну температуру. Клінічний діагноз: хронічний тонзиліт, неспецифічний лімфаденіт.

Результати гістологічного дослідження: малюнок лімфатичних вузлів нечіткий, проліферація молодих лімфобластів, великих та малих клітин Ходжкіна, великих багатоядерних клітин Березовського-Штемберга, вогнищевий склероз та гіаліноз.

#### Завдання №6

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: у хворой Д. 33-х років у правій молочній залозі при обстеженні запідозрили фіброзно-кістозну дисплазію молочної залози. Для вдосконалення діагнозу проведено пункційну біопсію.

Результати гістологічного дослідження: у молочній залозі виявлено розростання світлих атипovих залозистих великих клітин з численними патологічними мітозами, внутрішньопротоковим ростом без чітких границь.

### Завдання №7

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: У. 58 років, хворіє виразковою хворобою шлунка. Відомо, що виразка розташована у пілоричному відділі шлунка. Протягом останніх двох місяців хворий значно втратив у вазі, постійно турбує блювання, останнім часом з'явилися корчі. Шкіра суха, сіра. Клінічний діагноз: хронічна виразка шлунка з малігнізацією. Під час операції взято шматок тканини з дна виразки на гістологічне дослідження.

Результати гістологічного дослідження: дифузне розростання фіброзної тканини на дні виразки та навколишніх ділянках стінки шлунка.

### Завдання №8

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хвора Ц. 48 років, звернулася до гінеколога зі скаргами на маткову кровотечу, котра не пов'язана з менструаціями. Для уточнення клінічного діагнозу та способу лікування проведено вишкрібання з порожнини матки, матеріал відправлено на гістологічне дослідження.

Результати гістологічного дослідження: розростання залоз ендометрія, зміна їх форм та розмірів, ділянки проліферації епітеліальних клітин, активна реакція стромы. Місцями залози звивисті, утворюють кісти.

### Завдання №9

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворий Г. 46 років, протягом 12 років страждає виразковою хворобою шлунка. Останнім часом дуже турбують болі в ділянці шлунка, відзначає зниження ваги. Клінічний діагноз: хронічна виразка шлунка в стадії загострення.

Результати гістологічного дослідження: на дні виразки – ділянки фібриноїдного некрозу, зональної клітинної інфільтрації, біля країв виразки в слизовій має місце розростання атипичного залозистого епітелію з численними патологічними мітозами.

### Завдання №10

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: у хворої В. 32-х років під час профілактичного огляду гінеколог знайшов ознаки ерозії шийки матки. Матеріал відправлено до гістологічної лабораторії.

Результати гістологічного дослідження: у вагінальній частині шийки матки виявлено розростання залозистого епітелію, дефектів на поверхні слизової не виявлено.

#### Завдання №11

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хвора А. 52 роки, 4 роки страждає порушенням оваріально-менструального циклу. Рік тому пропальпувала у себе пухлину у лівій молочній залозі. При клінічному дослідженні пухлина щільна, горбиста, розміри її 3-8 см, щільно зрослася з навколишніми тканинами. За останні 2 місяці відзначає виділення з соска молочної залози геморагічної рідини в невеликій кількості.

Клінічний діагноз: фіброзно-кістозна мастопатія.

Дані цитологічного дослідження: знайдено атипові епітеліальні клітини, елементи крові.

Гістологічна експрес-діагностика показала фіброзно-кістозний фіброаденоматоз з проліферацією епітелію.

Кінцеве гістологічне дослідження препарату: сосочкове розростання атипових залозистих епітеліальних структур з численними патологічними мітозами, клітинним атипізмом, інфільтруючим ростом.

#### Завдання №12

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хвора Н., 25 років, поступила в гінекологічне відділення з підозрою на позаматкову вагітність. Перед операцією хворій зробили діагностичний зскрібок з порожнини матки.

Результати гістологічного дослідження: гіперплазія ендометрія, зсідки крові, децидуальна тканина, ворсинки хоріона.

#### Завдання №13

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворий А., 68 років, поступив у хірургічне відділення з діагнозом: численний поліпоз прямої кишки. Оперативним шляхом видалений один поліп і матеріал відправлено на гістологічне дослідження.

Результати патологоанатомічного дослідження: залозистий поліп. Через 10 місяців хворий знову поступив у хірургічне відділення зі скаргами на утруднення дефекації, болі в животі, схуднення, кров у калі.

Клінічний діагноз: рак прямої кишки з проростанням у сусідні органи.

Результати гістологічного дослідження: розростання залозистого епітелію з численними патологічними мітозами, інфільтруючим ростом.

#### Завдання №14

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворий Н., 48 років, лікувався в тубдиспансері з приводу специфічного ураження легень. При рентгенологічному дослідженні знайдено затемнення з чіткими границями.

Результати цитологічного дослідження харкотиння: нейтрофільні лейкоцити, поодинокі макрофаги, атипівих клітин не виявлено.

Результати патогістологічного дослідження біоптату зі стоволового лівого бронха: розростання плоского епітелію без ознак ороговіння з численними патологічними мітозами, полігональної форми та розмірів, епітеліальні клітини з інфільтруючим ростом.

#### Завдання №15

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворий Н., 26 років, прооперований з приводу гострого апендициту.

Клінічний діагноз: гострий флегмонозний апендицит.

Результати гістологічного дослідження: в тканині апендикса виявлено розростання базофільних залозистих структур з ознаками активної проліферації, поодиноких патологічних мітозів, інфільтруючого росту.

#### Завдання №16

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворому С. 49 років проведено фіброгастроскопічне дослідження з приводу виразкової хвороби шлунка. Взято шматок тканини з дна виразки на гістологічне дослідження.

Клінічний діагноз: виразкова хвороба шлунка.

Результати гістологічного дослідження: розростання атипівих залозистих клітин у вигляді персня з численними патологічними мітозами, інфільтруючим ростом вглиб стінки шлунка.

#### Завдання №17

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворий Н. 22 роки, поступив до стаціонару зі скаргами на лихоманку,



втрату ваги, слабкість, збільшення шийних лімфатичних вузлів. При обстеженні крові відхилень від норми не виявлено, ШОЕ – 49 мм/год. При рентгенологічному дослідженні легень знайдено розширення їх воріт в результаті збільшення лімфатичних вузлів. Один з шийних лімфатичних вузлів взято на гістологічне дослідження.

Результати гістологічного дослідження: в тканині лімфатичного вузла виявлено гранулематозне запалення, яке проявляється епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами, клітинами Пирогова-Лангханса.

#### Завдання №18

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хвора Н. 34 роки, поступила в клініку зі скаргами на лихоманку, втрату ваги, слабкість, нічне потіння, збільшення шийних лімфатичних вузлів. При дослідженні крові ШОЕ – 58 мм/год. При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки знайдено збільшення лімфатичних вузлів середостіння. Шийний лімфатичний вузол відправлено на гістологічне дослідження.

Результати гістологічного дослідження: малюнок лімфатичного вузла нечіткий за рахунок розростання атипичних гістіоцитарних клітин, серед яких зустрічаються малі та великі клітини Ходжкіна, гігантські клітини Березовського-Штемберга, ділянки некрозів та склерозу.

#### Завдання №19

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за таких даних: хворий Н., 46 років, поступив до стаціонару зі скаргами на слабкість, втрату ваги, збільшення шийних та підключичних лімфатичних вузлів. У аналізі крові – помірне анемія, ШОЕ – 39 мм/год. Підключичний лімфатичний вузол відправлено на гістологічне дослідження.

Результати гістологічного дослідження: малюнок лімфатичного вузла нечіткий, в тканині дифузне розростання атипичних залозистих структур з патологічними мітозами в епітеліальних клітинах.

### **IV. ОБГОВОРЕННЯ ОСНОВНИХ ПОЛОЖЕНЬ ТЕМИ**

## Заняття № 9

### Залікове заняття. Захист протоколу розтину

**Мета.** Узагальнити основні питання організації патологоанатомічної служби.

**Завдання.** *Знати* принципи організації проведення розтинів у лікарняних закладах.

**Навчитись** проводити патологоанатомічний аналіз на основі клінічних, макроскопічних і гістологічних даних.

**Вміти** оформити патологоанатомічну документацію.

#### Оснащення заняття

1. Навчальний протокол розтину, підготовлений студентом.

#### I. МАТЕРІАЛ ДЛЯ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

1. Оформити навчальний протокол розтину.

#### II. АЛГОРИТМ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ

1. Захист основних положень протоколу розтину.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Автандилов Г.Г. Патологоанатомический диагноз в свете требований медицинской информатики // *Арх. пат.* – 1990. – № 10. – С. 63-67.
2. Анализ расхождений диагнозов по субъективным причинам в клиниках Москвы / Пауков В.С., Чекарева Г.А., Трусов О.А., Колыбли В.С. и др. // *Арх. пат.* – 1998. – № 5. – С. 45-50.
3. Даль М.К. Формулировка патологоанатомического и клинического диагнозов. Патологоанатомическая документация. – К., 1958. – 113 с.
4. Калитеевский П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. – М.: Медицина, 1987. – 400 с.
5. Лебедева О.А. Опыт анализа клинико-анатомических расхождений диагнозов по данным патологоанатомических вскрытий в больнице им. С.П. Боткина // *Арх. пат.* – 1988. – № 4. – С. 66-72.
6. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-Х. Короткий адаптований варіант для використання в Україні (в трьох розділах) / Під заг. редакцією А.М. Сердюка – К., 1998.
7. Наказ МОЗ України за № 81 від 12.05.92 р. Про розвиток та удосконалення патологоанатомічної служби в Україні. – К., 1992. – 138 с.
8. Наказ МОЗ України за № 31 від 19.02.96 р. Про затвердження Інструкції про визначення критеріїв живонародженості, мертвонародженості та перинатального періоду. – К., 1996. – 19 с.
9. Оформление диагноза при осложнениях хирургического лечения заболеваний легких и сердца / Коваленко В.Л., Малышев Ю.И., Козачков Е.Л., Севастьянова В.Н. // *Арх. пат.* – 1988. – № 6. – С. 57-61.
10. Саркисов Д.С., Смолянников А.В., Вихерт А.М. и др. Правила оформления медицинской документации патологоанатомического отделения (секционный раздел работы): Методические рекомендации. – М., 1987. – 45 с.
11. Смолянников А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. – М., 1977. – 68 с.
12. Хазанов А.Т., Чалисов И.А. Руководство по секционному курсу. – М.: Медицина, 1994. – 176 с.

*Навчальне видання*

**Боднар Я.Я., Романюк А.М., Кузів О.Є.**

## **ПРАКТИКУМ З БІОПСІЙНО-СЕКЦІЙНОГО КУРСУ**

Літературний редактор  
Технічний редактор  
Коректор  
Оформлення обкладинки  
Комп'ютерна верстка

*Лілія Гайда  
Людмила Кравчук  
Лариса Марчук  
Павло Кушик  
Світлана Левченко*

Підписано до друку 25.12.2001. Формат 60x84/16.  
Папір офсетний №1. Гарнітура Times.  
Друк офсетний. Ум.др.арк. 10,93. Обл.-вид. арк. 11,2.  
Наклад 2000. Зам. № 198.

Оригінал-макет підготовлено у відділі комп'ютерної верстки  
видавництва "Укрмедкнига"  
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.  
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Надруковано у друкарні видавництва "Укрмедкнига"  
Тернопільської державної медичної академії ім. І.Я. Горбачевського.  
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.

Свідоцтво про внесення до державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи ДК № 348 від 02.03.2001 р.