

Автомат

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет Медичний №1

Кафедра Гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології
з курсом судової медицини

ЗАТВЕРДЖУЮ



Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
« 3 » _____ 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
З СЕКЦІЙНО-БІОПСІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

Факультет, курс Медичний, V

Навчальна дисципліна ВД “Секційно-біопсійна діагностика”
(*назва навчальної дисципліни*)

	поза стаціонаром. Порядок проведення розтинів трупів новонароджених і мертвонароджених, дитячих трупів.	
7.	Тема 7. Методи патологоанатомічного розтину трупа. Особливості розтину трупа новонародженого, мертвонародженого або плоду.	69
8.	Тема 8. Патоморфологічні основи реанімації та інтенсивної терапії, їх зв'язок з судово-медичною оцінкою змін органів та тканин.	80
9.	Тема 9. Підготовка і проведення засідання лікувально-контрольної комісії, комісії по вивченню смертельних наслідків та клініко-анатомічної конференції. Деонтологічні і етичні аспекти в патологоанатомічній практиці.	98
10.	Тема 10. Порядок рецензування історії хвороби.	117
11.	Тема 11. Підготовка до залікового заняття.	121

Тема 1: «Історія розвитку патологоанатомічної служби в Україні.»

Мета: Ознайомитися з основними етапами розвитку патологоанатомічної служби. Знання теми необхідно в практичній діяльності лікаря для розуміння розвитку, становлення служби, а також для встановлення правових рішень, взаємовідносин з іншими службами закладів охорони здоров'я України. Ознайомитися та знати правила ведення медичної документації патологоанатомічної служби та збереження матеріалу.

Основні поняття: патологічна анатомія, патологоанатомічне відділення, патологоанатомічне бюро, патологоанатомічна лабораторія.

План

1. Теоретичні питання:

Патологічна анатомія — одна із найважливіших фундаментальних дисциплін в системі вищої медичної освіти. Вона є невід'ємною складовою частиною патології (від грецьк. *Pathos* — захворювання, страждання) — науки, яка вивчає закономірності виникнення та розвитку захворювань. Патологічна анатомія вивчає матеріальний (морфологічний) субстрат захворювання, його структурні основи.

Вивчення предмету базується на двох принципах:

- взаємозв'язок структури та функції — це означає, що в патології не існує зміни структури без зміни функції, як і, навпаки, не існує функціональних порушень

без структурних змін;

- клініко-анатомічний принцип, який відображає основний напрямок розвитку сучасної патологічної анатомії.

Патологічна анатомія складається з двох частин: загальна - вивчає загальнопатологічні процеси (дистрофія, некроз, запалення та ін.) та спеціальна — вивчає морфологію процесів, що складають структурну основу захворювань. В комбінації між собою ці процеси набувають нової якості, складаючи матеріальний зміст різноманітних синдромів та захворювань.

Задачі патологічної анатомії:

Патологічна анатомія по суті своїй є клінічною дисципліною, яка вирішує наступні задачі:

- вивчення етіології — причин виникнення патологічних процесів та захворювань;
- вивчення патогенезу — механізмів розвитку патологічних процесів та захворювань;
- вивчення патогенезу — механізмів розвитку патологічних процесів та захворювань
- вивчення морфогенезу — структурних основ патогенезу захворювань та патологічних процесів;
- вивчення саногенезу — структурних основ процесів одужання організму;
- вивчення танатогенезу — механізмів смерті;
- вивчення патоморфозу — клініко-морфологічних ознак захворювання, що виникають в процесі лікування (терапевтичний патоморфоз);
- розробка проблем ятрогенії — вивчення захворювань та їх ускладнень, що виникли в результаті медичних маніпуляцій та лікарських помилок;
- розробка проблем діагностики — стосується різних аспектів вчення про діагноз.

Рівні дослідження структурних основ хвороб.

Патологічні процеси та захворювання вивчаються на різному рівні структурно-функціональної організації живої матерії:

- організменний рівень — дає можливість спостерігати захворювання цілісного організму
- органний рівень — передбачає вивчення патологічних процесів в органах
- системний рівень — передбачає вивчення патологічних процесів в межах окремої системи (система крові, серцево-судинна система, система сполучної тканини та ін.)
- тканинний рівень — вивчення патологічних процесів в різних тканинах
- клітинний рівень — вивчення клітин та міжклітинної речовини за допомогою світлового мікроскопа
- субклітинний рівень — вивчення ультраструктурної патології клітини та міжклітинного середовища
- молекулярний рівень — вивчення змін тонкої структури макромолекул білка, нуклеїнових кислот та ін.

Матеріал (об'єкт) та методи дослідження.

Матеріал для дослідження патологічна анатомія отримує при розтині трупів померлих хворих, проведенні хірургічних втручань, біопсій та постановки експерименту. Розтин трупів (некробіопсія, аутопсія, секція) є одним із класичних методів дослідження в патологічній анатомії. Завдяки цьому методу проводиться верифікація клінічного діагнозу, виявляються можливі помилки в постановці його (різна ступінь розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів), встановлюється причина смерті хворого, особливості перебігу захворювань, ефективність їх лікування, розробляється статистика смертності, летальності та ін.

Біопсія (від. грец. *bios* — життя, *opsis* — зір) — метод прижиттєвого дослідження кусочка органа або тканини. Завдяки біопсії проводиться верифікація клінічного діагнозу за життя хворого, стає можливим вивчення динаміки патологічного процесу на різних рівнях структурної організації живої

матерії, доцільності і адекватності клінічних методів обстеження та лікування хворого, прогноз захворювання та можливі наслідки несприятливої дії лікарських препаратів. В цих умовах лікар-патологоанатом стає клінічним патологом, повноправним співучасником діагностичного та лікувального процесу.

Завдяки використанню сучасних методів морфологічного аналізу проведення біопсій дає можливість виявити початкові (ініціальні) зміни клітин та тканин, що важливо як для своєчасної постановки діагнозу, так і для проведення адекватної терапевтичної або хірургічної тактики. Інакше кажучи, на сучасному етапі розвитку патологічна анатомія вже вийшла за межі секційного залу і набуває нового змісту — стає клінічною морфологією хворої людини.

Дослідження післяопераційного матеріалу (видалені в результаті хірургічного втручання органи та тканини) дає можливість вивчити морфологію захворювань на різних етапах його розвитку.

Експериментальний метод необхідний для вивчення механізму розвитку захворювання (патогенезу), динаміки структурних змін, що лежать в його основі (морфогенезу), дії тих або інших лікарських препаратів, апробації різних методів оперативних втручань. Певна обмеженість у використанні цього методу пояснюється тим, що моделі деяких захворювань людини в експерименті отримати неможливо (виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, ревматизм, черевний тиф) або зміни, які спостерігаються в експерименті не адекватні тим, що зустрічаються в патології у людини (атеросклероз, гіпертонічна хвороба та ін.).

В Україні та багатьох інших країнах найбільш розповсюджений метод розтину за Шором - метод єдиної евісцерації органів.

Етапи розвитку патологічної анатомії.

Патологічна анатомія (в сучасній інтерпретації — «патоморфологія») є основою теоретичної та практичної медицини.

У своєму розвитку вона пройшла три основні етапи: макроскопічний, мікроскопічний та ультраструктурний. Виділення її як самостійної наукової

дисципліни та лікарської спеціальності пов'язують з іменем К. Рокитанського, який у 1844 р. заснував кафедру патологічної анатомії у Віденському університеті (Австрія) і створив один із найбільших у світі патологоанатомічних музеїв. Він є представником макроскопічного періоду в розвитку патологічної анатомії і засновником гуморального наукового напрямку в розвитку медицини.

Серед інших видатних вчених необхідно назвати Р. Вірхова. Він є представником другого (мікроскопічного) періоду розвитку патологічної анатомії і засновником теорії целюлярної патології, який віддавав пріоритет у розвитку медицини морфологічним змінам в організмі людини. Виникнення третього періоду з 50-х років ХХ ст. знаменує собою успіхи патологічної анатомії у вивченні ультраструктурної патології людини. Представниками цього періоду є Струков А. І., Серов В. В., Давидовський І. В., Саркісов Я С.

Осередками розвитку патологічної анатомії в Україні та Росії стали школи клінічних патологів у м. Києві, м. Москві та м. Петербурзі.

У м. Києві після відкриття медичного факультету Імператорського університету св. Володимира (1891 р.) за пропозицією його куратора М.І. Пирогова у відповідності з Уставом (1842) була відкрита кафедра фізіології хворої людини з патологічною анатомією, яка почала функціонувати з 1845 р.: її очолив учень М. І. Пирогова М. І. Козлов. Представники київської школи патологоанатомів: Ю. Ф. Мацон, Г. М. Мінх, В. К. Високович, В. М. Кучеренко, Є. І. Чайка, О. П. Кисельова, М. К. Даль, М. Б. Хомінський та ін.

У 1849 році на медичному факультеті Московського університету була відкрита кафедра патологічної анатомії, яку очолив А. І. Полунін (1820—1888) — засновник московської школи патологоанатомів та зачинатель клініко-анатомічного напрямку в патологічній анатомії. Представники цієї школи: М. Н. Нікіфоров, О. І. Абрикосов, М. А. Скворцов, І. В. Давидовський, В. В. Серов, А. І. Струков.

В 1859 р. була відкрита кафедра патологічної анатомії в Петербурзі. Представники цієї школи: М. М. Руднев, Г. В. Шор, Н. М. Анічков, М. Ф.

Глазунов, В. Г. Гаршин, В. Д. Цінзерлінг.

В основі вивчення методології викладання загальної патологічної анатомії лежать ряд положень:

- людину необхідно вивчати, перш за все, як представника тваринного світу, тобто спочатку як організм, а уже потім як соціальну особистість;
- основні життєві прояви та властивості різних живих систем є по суті своїй відображенням різноманітних механізмів пристосування за різних умов їх Існування;
- враховуючи зазначене, мінливість організмів необхідно розглядати як форму їх пристосування, тобто закон еволюції, якому підпорядковані всі процеси життєдіяльності;
- єдність структури (форми) та функції означає їх неможливість існування одна без одної (Давидовський І.В., 1961).

В основі викладання спеціальної патологічної анатомії лежить нозологічний принцип, який передбачає вивчення етіології, патогенезу, органопатології та синдромології, класифікації та номенклатури захворювання, процесів їх лікування та профілактики, розробка питань статистики, патоморфозу, а також проблем діагностики.

Таким чином, патологічна анатомія це самостійна медична дисципліна, яка вивчає структурні зміни, що виникають в організмі хворої людини. Існує загальна (теоретична) та спеціальна (практична) патологічна анатомія, основою яких є клініко-анатомічний напрямок розвитку. Загальна патологічна анатомія вивчає загальнопатологічні процеси, спеціальна — вивчає окремі захворювання, маючи за основу нозологічний та синдромологічний принципи.

Питання для самоконтролю:

1. Визначення патологічної анатомії (патоморфології), як науки та практичної галузі.
2. Місце патоморфології в системі охорони здоров'я України і світу та роль і місце в освіті здобувачів вищої медичної освіти.

3. Етапи становлення патоморфології як науки та практичної галузі.
4. Внесок вітчизняних вчених в розвиток світової патоморфології.
5. Методи дослідження в патоморфології.
6. Законодавча база патологоанатомічної служби в Україні.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Яка мета секційно-біопсійного курсу ?
 - A) проведення гістологічного дослідження
 - B) проведення лабораторного дослідження
 - C) проведення анатомічного аналізу
 - D) проведення клініко-анатомічного аналізу
 - E) контроль за лікуючим лікарем
2. Задача секційно-біопсійного курсу?
 - A) проведення розтину
 - B) проведення гістологічного дослідження
 - C) проведення ультраструктурного аналізу
 - D) проведення гістохімічного аналізу
 - E) проведення клінічних досліджень
3. Задача секційно-біопсійного курсу?
 - A) проведення антропометричних досліджень
 - B) препарування органів
 - C) проведення топографоанатомічних досліджень
 - D) проведення збору матеріалу
 - E) проведення клініко-лабораторного співвідношення
4. Задача секційно-біопсійного курсу?
 - A) постановка клінічного діагнозу
 - B) написання клінічного епікризу
 - C) складання клініко-анатомічного епікризу
 - D) написання клінічної основи
 - E) написання прогнозу захворювання
5. Задача секційно-біопсійного курсу?
 - A) аналіз анатомічного епікризу
 - B) аналіз клінічного і патологоанатомічного діагнозів
 - C) аналіз клінічного епікризу

- Д) аналіз основного захворювання
- Е) аналіз супутніх захворювань

6. Найбільш важливий вид праці патологоанатома?

- А) участь у роботі медичної ради
- В) прижиттєва постановка діагнозу
- С) бальзамування трупів
- Д) підготовка секційного матеріалу для дослідження
- Е) рецензія історії хвороби

7. Основні напрямки розвитку патологічної анатомії:

- А) клінічне
- В) структурне
- С) лабораторно-діагностичне
- Д) клініко-анатомічне
- Е) макро-мікроскопічне

8. Рік в якому патологічна анатомія виділилася як самостійна наука

- А) 1817
- В) 1840
- С) 1849
- Д) 1917
- Е) 1990

9. Задачі біопсії:

- А) підтвердження клінічного діагнозу
- В) перевірка діагнозу
- С) виявлення клінічних особливостей
- Д) виявлення структурних змін
- Е) контроль праці лікаря

10. види біопсії:

- А) инцезійна, аспіраційна, ендоскопічна
- В) екзофітна, уніцентрична, ендометрична
- С) ексфоліативна, мультицентрична, торакальна
- Д) корелятивна, ендофітна, амбулаторна
- Е) операційна, тканина, віртуальна

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Ознайомитися з законодавчою базою

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с

2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.

3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина ”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.

4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.

5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 2. : “Метод дослідження біопсійного, операційного матеріалу

та послідів. Правила дослідження і порядок оформлення документації щодо дослідження морфологічного матеріалу”.

Мета: Враховуючи, що весь час зростає роль морфологічних досліджень у комплексних обстеженнях для достовірної діагностики та лікуванні хворих, а також постійного ускладнення завдань, які клініцисти ставлять перед патологоанатомами в ході лікування хворих і виправданості хірургічного втручання, його успішності, раціональної терапії й прогнозування, зростає роль точної патоморфологічної діагностики. Патогістологічному дослідженню підлягають всі діагностичні біопсії, всі органи й тканини, видалені при хірургічних втручаннях, а так само посліди, зіскрібки при абортах. Здобувачі вищої медичної освіти мають знати як і коли, за якими правилами проводиться біопсійне дослідження чи то з метою уточнення, чи то підтвердження клінічного діагнозу, установлення діагнозу при клінічно нез'ясованих випадках, для визначення стадій захворювань, розпізнавання різних форм і походження запальних, гіперпластичних і пухлинних процесів.

Основні поняття: біопсія (інцизиційна, ексцизиційна, трепан-біопсія, кюретаж, інтраопераційна, ендоскопічна, тонкогольчата) фіксація, бланк-направлення

План

1. Теоретичні питання:

Біопсія (від грец. *bios* - життя і *opsis* - дивитись) – мікроскопфчне дослідження прижиттєво отриманого від хворого тканинного та клітинного матеріалу з метою діагностики, лікування, прогнозу та наукового дослідження.

Біопсійний матеріал формально поділяється на діагностичний та операційний. Патогістологічному дослідженню підлягають всі діагностичні біопсії, всі органи та тканини, видалені при хірургічних втручаннях, а також посліди, зіскоби 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.

Види біопсій:

Ексцизійна – видалення всього патологічного утворення або органу під час хірургічного втручання.

Інцизійна – видалення частини патологічного утворення або органу під час оперативного втручання, але обов'язково на межі ушкодженої та незміненої тканини.

Пункційна – забір стовпчика тканини досліджуваного утворення або фрагментів органу шляхом проколу голкою або троакарами з перним діаметром просвіту (паренхіматозні органи, кістковий мозок, лімфовузли).

Трепанобіопсія – метод прижиттєвого вилучення кісткової тканини для дослідження кісткового мозку.

Щипцева – отримання матеріалу за допомогою спеціальних пристроїв – щипців, наприклад під час ендоскопічних досліджень.

Кюретаж – отримання матеріалу шляхом вишкрібання.

Аспіраційна – відсмоктування вмісту органу або порожнини організму за допомогою шприца.

Спрямована катетеризація.

Біопсія шляхом масажу та тиску.

Біопсія шляхом промивання порожнин органів.

Біопсія шляхом змиву з операційних ранта виразок.

Біопсія шляхом мазка.

Мазки-відбитки.

Ендоскопічна.

Випадкова, непередбачена біопсія.

Біоптат – це матеріал, отриманий шляхом біопсії для патоморфологічного дослідження.

Тканини і органи, видалені під час хірургічної операції, відносяться до операційного матеріалу. Патогістологічне дослідження операційного матеріалу дає можливість підтвердити діагноз, з приводу якого проводилось оперативне втручання, а також уточнити його прогноз. Патологічно змінені тканини незалежно від мети хірургічного видалення, підлягають обов'язковому гістологічному дослідженню.

Порядок дослідження біопсійного та операційного матеріалів (патогістологічні дослідження)

Об'єкти, що мають досліджуватися, доставляються негайно в патологоанатомічне бюро (відділення), щоб забезпечити своєчасність висновків. Забороняється накопичувати біопсійно-операційний матеріал (в тому числі зіскоби) в операційних. Операційний матеріал повинен бути ретельно позначений: прізвище, ініціали хворого, номер історії хвороби, етикетка наклеюються 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 завідувачому відділенням. 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 клінічному відділенню, звідки доставлений біопсійний матеріал; при повторних випадках доповідає головному лікарю (директору інституту), його заступнику по лікувальній роботі.

Категорично забороняється біопсійний та операційний матеріали 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 матеріалу 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 незабаром 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 на бланку.

Реєстрація біопсій та операційного матеріалу проводиться лаборантом.

I-й варіант реєстрації: книга реєстрації заводиться на кожний календарний

рік, має такі графи: NN 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.

II-й варіант реєстрації: паспортні дані заносяться в чистий бланк, на якому також вказується відповідний номер дослідження. Результати макроскопічного та мікроскопічного досліджень вносять під копірку. В лікувальний заклад відсилається копія висновку, а оригінал бланку, 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 бланку 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 блоку при заливці 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 хвилин 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). В залежності від місцевих умов гістологічні препарати червоподібних відростків, килових мішків, мигдаликів, зіскобів з порожнини матки після неповного аборту зберігаються один рік, по закінченню строку можуть бути знищені. Гістологічні препарати доброякісних та зляжкісних пухлин, пухлиноподібних процесів, з підозрою на пухлинний ріст та специфічне запалення зберігаються постійно. Целоїдинові блоки зберігають 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 бирками, на яких вказується номер та рік дослідження, та поміщається в 70% розчин спирту. Парафінові блоки з відповідною маркіровкою 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 зляжкісних 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 макропрепарат можуть бути видані хворому, його родичам або медичному персоналу для консультації в іншому лікувальному закладі за умови наявності офіційного письмового запиту з цього закладу. Відповідне відношення з запитом вклеюється в книгу реєстрації гістологічних досліджень (у відповідності з номером препарату), а після повернення препаратів перекреслюється. Лікувальний заклад, якому видані препарати, зобов'язаний повернути їх в патологоанатомічне бюро

(відділення).

Питання для самоконтролю

1. Цілі дослідження післяопераційного й біопсійного матеріалу.
2. Види біопсій. Особливості вибору виду біопсійного дослідження та його проведення.
3. Порядок оформлення направлення матеріалу на дослідження.
4. Порядок реєстрації післяопераційного й біопсійного матеріалу.
5. Строки і порядок виконання біопсійного дослідження.
6. Варіанти патогістологічного висновку та його інтерпритації.
7. Порядок та реєстрація патоморфологічного висновку щодо біопсій.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий останні 2 роки лікувався від хронічного алкоголізму. Зараз скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї, збільшення об'єму живота, шкірне свербіння. Лікар провів біопсію печінки. Виявив портальний цироз печінки. Виберіть вид біопсії в даному випадку:

- А) щипцева біопсія
- В) інцизійна біопсія
- С) пункційна біопсія
- Д) ексцизійна біопсія
- Е) ендоскопічна біопсія

2. Чоловік з раннього дитинства страждав на бронхоектатичну хворобу. Останнім часом скаржиться на болі в поперековій області, зміну кольору і кількості сечі. При обстеженні на УЗД нирки збільшені, щільні. Яким видом біопсії можна уточнити патологічний процес, що розвився у нирках?

- А) трепан-біопсія
- В) ексцизійна біопсія
- С) щипцева біопсія
- Д) ендоскопічна біопсія
- Е) дослідження виділень (сечі)

3. Чоловікові 55 років проведена біопсія, в ході якої в лівому головному бронху виявлена екзофітняя пухлина, що звужує просвіт бронха на 2/3. Гістологічно - рак бронха. Назвіть вид біопсії, при якій були отримані шматочки пухлини:

- A) інцизійна біопсія
- B) пункційна біопсія
- C) щипцева або ендоскопічна біопсія
- D) трепан-біопсія
- E) мазрк-відбиток

4. У хірургічне відділення доставлена жінка 32 років, з скаргами на гострі нападоподібні болі в правій нижній частині живота, нудоту, блювоту. Проведена апендектомія. Гістологічно - поверхневий апендицит. Назва біопсії у даному випадку?

- A) інцизійна біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) мазок-відбиток
- E) кюретаж

5. Чоловік тривалий час страждав на виразкову хворобу шлунку. При ендоскопічному дослідженні, у біоптаті - хронічний гастрит. Краї виразки ущільнені з пухлиноподібним потовщенням. Біопсійний матеріал був доставлений у патологоанатомічне відділення наприкінці робочого дня, лікар не був попереджений. Чим фіксувати матеріал?

- A) нейтральний формалін
- B) 10% розчин алкоголю
- C) розчин сулеми
- D) хлорамін
- E) 96% спирт

6. Чоловік 60 років, впродовж декількох років відзначав напади кашлю, відходження в'язкої мокроти. При дослідженні бронхів відмічені ділянки розростання грануляційної тканини, що вибухає в просвіт бронха у вигляді поліпа. У один з нападів кашлю хворого в мокроті виявив щільний шматочок тканини. Гістологічне дослідження шматочка тканини підтвердило діагноз - поліп слизової оболонки з фокусами малігнізації. Як назвати такий вид відторгнення патологічних тканин?

- A) аспіраційна біопсія
- B) кюретаж
- C) випадкова біопсія
- D) пункційна біопсія
- E) інцезійна біопсія

7. У чоловіка 35 років впродовж 1,5 місяця спостерігався кашель, з великою кількістю мокроти. Рентгенологічно в лівій плевральній порожнині наявність ексудату. Який вид біопсії дасть можливість досліджувати характер ексудату?

- A) мазок-відбиток

- В) біопсія шляхом масажу
- С) катетерізаційна біопсія
- Д) аспіраційна біопсія
- Е) кюретаж

8. У хворої 30 років, під час операції з приводу пухлини молочної залози, був виявлений ущільнений збільшений лімфовузол поблизу операційного поля. Видалений лімфовузол хірург направив на експрес-дослідження. Чи правильно поступив хірург в даному випадку?

- А) не можна обробляти експрес-методом лімфатичні вузли
- В) в даному випадку це необхідно
- С) впливає біопсія на хід операції в даному випадку
- Д) експрес-біопсія без попередження патологоанатома можлива
- Е) немає складності в проведенні cito-діагностики лімфовузлів

9. У молодій жінки виявлена пухлина лівого яєчника. Під час операції пухлина (кіста) була великою 30*30 мм, з щільною капсулою. Хірург колився чи потрібно послати на експрес-біопсію шматочок цього утворення. Ваша думка?

- А) можливо надіслати на експрес-біопсію 1 шматочок кісти
- В) можна досліджувати багато шматочків з кісти яєчника
- С) не слід на себе брати відповідальність за термінове дослідження
- Д) краще зробити термінові препарати на заморожуючому мікротомі
- Е) експрес-біопсія не змінить хід операції

10. В отоларингологічному відділенні, хворому хлопчикові 12 років, була призначена біопсія з пухлини правої вушної раковини, з виразкою, гнійним виділенням, іноді з домішкою крову. Як узяти матеріал на аналіз?

- А) кюретаж
- В) біопсія шляхом масажу і тиску
- С) біопсія шляхом зішкріб шпателем
- Д) біопсія шляхом використання губки або тампона для перенесення клітин на наочне скло, якщо прикласти скло на рану не вдається
- Е) дослідження виділень

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Ознайомитися особливостями забору біопсійного матеріалу фахівцями різних спеціальностей (гінекологи, ортопеди, пульмонологи та ін.) за для кращого розуміння технології процесу.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ "УМСА".- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К.

Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.

3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.

4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.

5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Грищук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 3. “Правила взяття й обробки матеріалу, отриманого з різних органів і патологічних утворень”.

Мета: Весь час зростає роль морфологічних досліджень у комплексних обстеженнях й лікуванні хворих. Постійно ускладнюються завдання, які ставляться клініцистами перед патологоанатомами в ході лікування хворих і виправданості хірургічного втручання, його успішності, раціональної терапії й прогнозування.

Патогістологічному дослідженню підлягають всі діагностичні біопсії, всі органи й тканини, видалені при хірургічних операціях, а так само посліди, зіскрібки при абортах.

Патогістологічне дослідження проводиться з метою уточнення й підтвердження клінічного діагнозу, установлення діагнозу при клінічно неясних випадках, для визначення стадій захворювань, розпізнавання різних форм і походження запальних, гіперпластичних і пухлинних процесів.

Основні поняття: біопсія (інцизиційна, ексцизиційна, трепан-біопсія, кюретаж, інтраопераційна, ендоскопічна, тонкогольчата) фіксація, бланк-направлення

План

1. Теоретичні питання:

Порядок дослідження біопсійного та операційного матеріалів (патогістологічні дослідження)

Об'єкти, що мають досліджуватися, доставляються негайно в патологоанатомічне бюро (відділення), щоб забезпечити своєчасність висновків. Забороняється накопичувати біопсійно-операційний матеріал (в тому числі зіскоби) в операційних. Операційний матеріал повинен бути ретельно позначений: прізвище, ініціали хворого, номер історії хвороби, етикетка наклеюються 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.

Категорично забороняється біопсійний та операційний матеріали 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 матеріалу 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 незабаром після неї, в патологоанатомічне бюро (відділення) доставляються видалені під час операції органи разом з трупом.

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 блоку при заливці 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 хвилин 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.

При проведенні патогістологічних досліджень рекомендується така кількість досліджуваного матеріалу - злоякісні пухлини:

Рак тіла матки (саркома матки та ін.): пухлина 1-4; межа пухлини з незміненими тканинами - 2; шийка матки - 1; два яєчника - 2; дві труби - 2; лімфатичні вузли клітковини параметрію - 3; міоматозні вузли (якщо вони є) - 2, всього 10-14 шматочків.

Рак шийки матки: пухлина шийки - 1-2; межа пухлини та незмінених тканин - 1; цервікальний канал - 1; з тіла матки - 1; два яєчника - 2; дві труби - 2; лімфатичні вузли клітковини параметрію - 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 кисти - 1, всього 3-12 шматочків.

Шлунок - пухлина: пухлини - 1-4; межа пухлини з незміненими тканинами - 1-2; лінії відсікання, верхня та нижня - 2; регіональні лімфатичні вузли - 1-3, всього 8-14 шматочків.

Шлунок - виразка: виразка - край, дно - 1-3; стінка шлунка - 3; прилеглих ділянок - 1-2; регіональні 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; регіональні лімфатичні вузли - 3, всього - 8-15 шматочків.

Легені (гнійні 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.

Щитовидна 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 ендометрію - 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 зіскобу 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 вирізається 2-3 шматочки з пухлини чи ділянки, враженої 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 зіскобів, в тому числі при гінекологічних дослідженнях, аспіраційних та інших видах біопсій, 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 фіксатора в 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 повздовж гортані з патологічним вогнищем та суміжною слизовою оболонкою.

4. Органи шлунково-кишкового каналу фіксуються після повздовжнього 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 12-палої 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 повздовжніми розрізами.

7. Передміхурова залоза розсікається для фіксації поперечними розрізами і для гістологічного дослідження беруться шматочки, захоплюючи стінки сечовипускного 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 кист. Гістологічному дослідженню підлягають ділянки вузлів з мармуровими візерунками та стінки кист. 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 шийкового 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.

Кистозні пухлини яєчників розсікаються, в їхніх стінках знаходять залишки яєчника, котрі обов'язково досліджуються разом із стінкою кисти в ділянках її ущільнення чи ворсинчастих розростань.

Дермоїдні кисти фіксуються без розтину. Після звільнення від вмісту досліджується головка кисти. В тератомах гістологічному дослідженню підлягає не менше 4-5 шматочків для вивчення характеру можливих тканинних диференційовок.

10. Гіпофіз для фіксації розсікають по сагітальній лінії на дві половини. Одну з них піддають гістологічному дослідженню так, щоб у зрізи попала передня та задня доля, лійка гіпофіза. Друга половина розсікається на дві рівні частини вздовж фронтальної лінії, по якій готуються зрізи для мікроскопічного дослідження.

11. Щитовидна залоза фіксується розрізаною по довжині на пластини завтовшки 0,5 см із збереженням зв'язку між ними або цілою. Для гістологічного дослідження беруться:

а) при дифузних зобах і тироїдитах - 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. Наднирники фіксуються розсіченими вздовж на пластини завдовжки

0,2-0,3 см із збереженням зв'язку між ними. Для дослідження висікаються шматочки в ділянці воріт; вони повинні обов'язково мати кіркову та мозкову речовини. При наявності пухлини вони висікаються разом з прилеглою тканиною.

13. Підшлункова залоза фіксується розсіченою по довжині на пластини завтовшки 0,5 см із збереженням зв'язку між ними. 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 органу 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 пухлини) та прилеглої незміненої кісткової тканини. М'якотканинний компонент пухлини досліджується без декальцинації.

Питання для самоконтролю

1. Порядок оформлення направлення матеріалу на дослідження.
2. Порядок реєстрації післяопераційного й біопсійного матеріалу.
3. Правила взяття і обробки матеріалу з патологічних утворень
4. Порядок підготовки біопсійного, операційного та секційного матеріалів до гістологічних досліджень.
5. Нормативні показники щодо кількості досліджуваних фрагментів при різних патологічних станах та пухлинах різних органів і тканин.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий останні 2 роки лікувався від хронічного алкоголізму. Зараз скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї, збільшення об'єму живота, шкірне свербіння. Лікар провів біопсію печінки. Виявив портальний цироз печінки. Виберіть вид біопсії в даному випадку:

- A) щипцева біопсія
- B) інцизійна біопсія
- C) пункційна біопсія
- D) ексцизійна біопсія
- E) ендоскопічна біопсія

2. Чоловік з раннього дитинства страждав на бронхоектатичну хворобу. Останнім часом скаржиться на болі в поперековій області, зміну кольору і кількості сечі. При обстеженні на УЗД нирки збільшені, щільні. Яким видом біопсії можна уточнити патологічний процес, що розвився у нирках?

- A) трепан-біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) ендоскопічна біопсія
- E) дослідження виділень (сечі)

3. Чоловікові 55 років проведена біопсія, в ході якої в лівому головному бронху виявлена екзофітна пухлина, що звужує просвіт бронха на 2/3. Гістологічно - рак бронха. Назвіть вид біопсії, при якій були отримані шматочки пухлини:

- A) інцизійна біопсія
- B) пункційна біопсія
- C) щипцева або ендоскопічна біопсія
- D) трепан-біопсія
- E) мазок-відбиток

4. У хірургічне відділення доставлена жінка 32 років, з скаргами на гострі нападоподібні болі в правій нижній частині живота, нудоту, блювоту. Проведена аппендектомія. Гістологічно - поверхневий апендицит. Назва біопсії у даному випадку?

- A) інцизійна біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) мазок-відбиток
- E) кюретаж

5. Чоловік тривалий час страждав на виразкову хворобу шлунку. При ендоскопічному дослідженні, у біоптаті - хронічний гастрит. Краї виразки

ущільнені з пухлиноподібним потовщенням. Біопсійний матеріал був доставлений у патологоанатомічне відділення наприкінці робочого дня, лікар не був попереджений. Чим фіксувати матеріал?

- A) нейтральний формалін
- B) 10% розчин алкоголю
- C) розчин сулеми
- D) хлорамін
- E) 96% спирт

6. Чоловік 60 років, впродовж декількох років відзначав напади кашлю, відхождення в'язкої мокроти. При дослідженні бронхів відмічені ділянки розростання грануляційної тканини, що вибухає в просвіт бронха у вигляді поліпа. У один з нападів кашлю хворого в мокроті виявив щільний шматочок тканини. Гістологічне дослідження шматочка тканини підтвердило діагноз - поліп слизової оболонки з фокусами малігнізації. Як назвати такий вид відторгнення патологічних тканин?

- A) аспіраційна біопсія
- B) кюретаж
- C) випадкова біопсія
- D) пункційна біопсія
- E) інцезійна біопсія

7. У чоловіка 35 років впродовж 1,5 місяця спостерігався кашель, з великою кількістю мокроти. Рентгенологічно в лівій плевральній порожнині наявність ексудату. Який вид біопсії дасть можливість досліджувати характер ексудату?

- A) мазок-відбиток
- B) біопсія шляхом масажу
- C) катетерізаційна біопсія
- D) аспіраційна біопсія
- E) кюретаж

8. У хворої 30 років, під час операції з приводу пухлини молочної залози, був виявлений ущільнений збільшений лімфовузол поблизу операційного поля. Видалений лімфовузол хірург направив на експрес-дослідження. Чи правильно поступив хірург в даному випадку?

- A) не можна обробляти експрес-методом лімфатичні вузли
- B) в даному випадку це необхідно
- C) впливає біопсія на хід операції в даному випадку
- D) експрес-біопсія без попередження патологоанатома можлива
- E) немає складності в проведенні cito-діагностики лімфовузлів

9. У молодій жінки виявлена пухлина лівого яєчника. Під час операції пухлина (кіста) була великою 30*30 мм, з щільною капсулою. Хірург коливався чи потрібно послати на експрес-біопсію шматочок цього утворення. Ваша думка?

- A) можливо надіслати на експрес-біопсію 1 шматочок кісти
- B) можна досліджувати багато шматочків з кісти яєчника
- C) не слід на себе брати відповідальність за термінове дослідження
- D) краще зробити термінові препарати на заморожуючому мікротомі
- E) експрес-біопсія не змінить хід операції

10. В отоларингологічному відділенні, хворому хлопчикові 12 років, була призначена біопсія з пухлини правої вушної раковини, з виразкою, гнійним виділенням, іноді з домішкою крову. Як узяти матеріал на аналіз?

- A) кюретаж
- B) біопсія шляхом масажу і тиску
- C) біопсія шляхом зішкріб шпателем
- D) біопсія шляхом використання губки або тампона для перенесення клітин на наочне скло, якщо прикласти скло на рану не вдається
- E) дослідження виділень

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Скласти орієнтовну карту патоморфологічного дослідження тканин при неопластичних процесах різних органів.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.
4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.
5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.
2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.
3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.
4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г.

Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 4. Біологічна смерть - визначення, причини і терміни розвитку при природному перебігу хвороби. Ранні та пізні ознаки біологічної смерті і смерті хворого, після реанімації. Морфологічна характеристика трупних змін.

Мета: Біологічна смерть людини встановлюється медичним працівником на підставі діагностичних критеріїв біологічної смерті людини з внесенням відповідних відомостей до медичної документації пацієнта. Тому необхідно знати причини і терміни розвитку біологічної смерті при природному перебігу хвороби, ранні та пізні ознаки біологічної смерті.

Основні поняття: смерть, клінічна смерть, біологічна смерть, смерть мозку, термінальний стан, ознаки смерті.

План

1. Теоретичні питання:

Біологічна смерть - момент невідного припинення серцевої діяльності та кровообігу, після якого людина перетворюється на мертве тіло - труп (cadaver).

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ БІОЛОГІЧНОЇ СМЕРТІ

Серед основних станів, що передують біологічній смерті людини (головних причин біологічної смерті) можна виділити такі:

1. поліорганна недостатність (недостатність більше ніж трьох життєво важливих органів);
2. недостатність одного життєво важливого органа (серця, легенів, головного мозку, нирок, печінки);
3. глибокі розлади системної гемомікроциркуляції, тону судин та об'єму циркулювальної крові (при незворотному шоку, анафілактоїдних та анафілактичних реакціях);
4. гострі порушення іонно-осмотичного, кисневого, вуглеводного балансу та кислотно-основного стану;
5. раптова асистолія (раптова зупинка серця);
6. незворотні ушкодження кардіореспіраторних центрів стовбура головного мозку при постреанімаційній хворобі.

Вирішальну роль у танатогенезі відіграють припинення серцевої діяльності та дихання, а також незворотні ушкодження кардіореспіраторних (серцево-дихальних) центрів стовбура головного мозку. За відсутності серцево-легеневої реанімації в таких ситуаціях біологічна смерть настає впродовж 6-10 хв від моменту припинення системного кровообігу. Успішна серцево-легенева реанімація після 3-5-хвилинної клінічної смерті, інтенсивна терапія та штучна вентиляція легенів сприяють відновленню серцевої діяльності та кровообігу, а

також поступовому відновленню дихання, неврологічного статусу, соціальних функцій і особистісних рис людини.

Реанімація пістя більш ніж 10-хвилинної клінічної смерті, інтенсивна терапія та штучна вентиляція легенів можуть сприяти відновленню серцевої діяльності, поступовому відновленню дихання та функцій інших органів. Проте у більшості хворих у таких ситуаціях не вдається досягти повноцінного відновлення неврологічних функцій, а також інтелектуальних і соціальних особливостей особистості.

Біологічну смерть при постреанімаційній хворобі у пацієнта, що перебуває на штучній вентиляції легенів, фіксують після останньої зупинки серця з неефективною 30-хвилинною серцево-легеневою реанімацією. Вона настає з моменту незворотної втрати функцій стовбура головного мозку.

Момент біологічної смерті при нирковій і печінковій недостатності зазвичай відкладається на термін від декількох днів до декількох тижнів через включення резервних і компенсаторних механізмів. При повноцінній інтенсивній терапії та можливості хірургічної корекції печінкової і ниркової недостатності хворі живуть упродовж багатьох років.

ОЗНАКИ БІОЛОГІЧНОЇ СМЕРТІ, ТРУПНІ ЗМІНИ

З урахуванням серцево-легеневої реанімації, а також інтенсивної терапії та тривалої штучної вентиляції легенів, що проводиться хворим, виділяють ранні та пізні ознаки біологічної смерті.

Ранніми ознаками біологічної смерті хворого, що перебуває на штучній вентиляції легенів, є відсутність кровообігу в порожнині черепа, глибока кома, повна арефлексія з відсутністю рефлексів стовбура головного мозку та спинного мозку, атонія м'язів, відсутність спонтанного дихання, некоригована артеріальна гіпотензія, гіпотермія, поліурія.

Пізними ознаками біологічної смерті є так звані трупні зміни: охолодження трупа, трупне залякання, перерозподіл крові та трупні плями, висихання кон'юнктиви очей і слизових оболонок, аутолітичне розкладання та вторинні гнильні зміни трупа.

Охолодження трупа (*algor mortis*) розвивається у зв'язку з припиненням теплопродукування, температура тканин трупа поступово зрівнюється з температурою довколишнього середовища. В деяких випадках (при смерті від правця, отруєння стрихніном) у перші години може відзначатися короткочасне підвищення температури трупа з подальшим її зниженням. Перші ознаки охолодження обличчя та кистей рук трупа на дотик визначають уже через 1-2 год. після настання біологічної смерті. Через 4-5 год. можна пальпаторно визначити зниження температури ділянок тіла, що знаходяться під одягом. У пахвових ямках, промежині зниження температури тіла можна пальпаторно виявити через 6-7 год. За кімнатних умов (18 °C) і звичайного одягу труп людини середнього живлення охолоджується зі швидкістю приблизно 1 °C на годину, тобто через 18-19 год. після смерті температура трупа стає рівною температурі навколишнього повітря.

Трупні плями (*hypostatici, livores cadaverici, vibices*) виникають після припинення кровообігу у зв'язку з перерозподілом крові трупа під дією земного тяжіння. Локалізація трупних плям залежить від положення трупа після смерті, зазвичай вони з'являються на ділянках тіла, розташованих ближче до землі. У перші 3-6 год. після біологічної смерті кров стікає у вени нижчих частин тіла, формуючи трупні гіпостазии (фіолетові плями в шкірі, що бліднуть при натисканні). У віддалений період зони трупних гіпостазив просочуються плазмою крові, що дифундує із судин, і гемоглобіном, який з'являється у зв'язку з посмертним гемолізом. Таким чином трупні плями трансформуються в плями трупної імбібіції, що мають червоно-рожеве забарвлення та не зникають при натисканні.

Трупне залякання (*rigor mortis*) - ущільнення посмугованих і непосмугованих м'язів, що відбувається під дією молочної кислоти, яка посмертно в них накопичується. Зовнішні ознаки залякання посмугованих м'язів проявляються їх ригідністю, окресленістю та рельєфністю. Залякання м'язів з'являється через 2-5 год. після біологічної смерті, воно розпочинається з жувальних і мимічних

м'язів обличчя і поступово охоплює м'язи шиї, верхніх кінцівок тулуба та нижніх кінцівок. Рідко може розвиватися висхідний тип залякання, при якому воно розпочинається з нижніх кінцівок і поступово піднімається до жувальних і мимічних м'язів. При штучному усуненні (розгинанням або згинанням кінцівки) трупне залякання знову не з'являється. Трупне залякання зберігається впродовж 2-3 діб, після чого спонтанно зникає у тій самій послідовності.

Висихання кон'юнктиви очей, слизових оболонок і шкіри пов'язане із випаровуванням вологи з поверхні трупа. При відкритій очній щілині кон'юнктива, що підсихає, набуває жовтувато-сірого забарвлення, рогівка каламутніє. Слизові оболонки, що контактують з повітрям, стають сухими, щільними, жовтувато-сірими. У ділянках ушкодженого епідермісу шкіри з'являються сухі, жовтувато-сірі, пергаментного вигляду плями.

Аутолітичне розкладання трупа пов'язане із посмертним пасивним ферментативним гідролізом мертвих тканин. Найраніше воно виникає в органах, клітини яких багаті протеолітичними ферментами (у шлунку, печінці, підшлунковій залозі). До аутолізу швидко приєднується зумовлений бактеріями гнильний розпад тканини.

Пізні трупні явища виникають у віддалений після біологічної смерті період і включають вторинні гнильні зміни трупа, його муміфікацію і жировіск.

Вторинні гнильні зміни трупа ініціюють гнильні бактерії, що розмножуються з кишків і швидко заселяють мертві тканини. Найраніше активізується гнильна флора товстої кишки, утворення гнильних газів при кімнатній температурі з 3-ї доби після смерті призводить до здуття кишки, збільшення об'єму живота та напруження передньої черевної стінки. У колонізованих бактеріями тканинах з'являються бульбашки газу з феноменом крепітації, що відчувається при їх пальпації (трупна емфізема). Розмноження гнильних бактерій призводить до бактерійно-

ферментативного розплавлення тканин, що набувають брудно-зеленого забарвлення, а також супроводжується виділенням смороду.

Муміфікація - висихання трупа, відбувається в природних умовах на сухому повітрі, при хорошій вентиляції та підвищеній температурі повітря. За цих умов труп новонародженого може повністю муміфікуватися впродовж 3-4 тиж., а дорослої людини - від 3-4 до 6-12 міс. Шкірні покриви трупа стають щільними, коричневими, ламкими. Внутрішні органи значно зменшуються в розмірах, щільні, мають невиражену мікроскопічну структуру.

Жировіск (сапоніфікація, або омилення трупа) відбувається за високої вологості та відсутності кисню. Розвивається при похованнях у вологих глинистих ґрунтах і перебуванні трупа у воді. В умовах підвищеної вологості та відсутності кисню гнильні процеси, що почалися, поступово припиняються, тканини органів просочуються водою. Жири розкладаються на гліцерин і жирні кислоти. Водорозчинні гліцерин та олеїнова кислота вимиваються з трупа, а пальмітинова і стеаринова кислоти взаємодіють із солями лужних і лужноземельних металів (омилюються). Зовнішній вигляд жировоску залежить від того, які солі переважають у ґрунті. Желеподібний, брудно-сірого кольору жировіск утворюється при з'єднанні жирних кислот із лужними солями натрію та калію. Щільний, сірувато-білий жировіск із вираженим сальним блиском і неприємним запахом згірклого сиру утворюється при з'єднанні жирних кислот із солями лужноземельного кальцію та магнію.

Аналіз трупних змін викривають у судовій медицині для встановлення орієнтовного часу настання смерті, змін положення або переміщення тіла померлого.

Питання для самоконтролю

1. Визначення біологічної смерті, клінічної смерті.
2. Основні причини біологічної смерті.
3. Ранні ознаки біологічної смерті хворого.
4. Пізні ознаки біологічної смерті.
5. Поняття термінального стану.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хвора С. 39-ми років, госпіталізована в інфекційну лікарню з ознаками гострого отруєння, через споживання недоброякісної копченої риби. Померла через три доби після госпіталізації, за наявності швидко прогресуючої гепатоцелюлярної недостатності з розвитком енцефалопатії.

На аутопсії виявлено: жовтяничність покривних тканин та внутрішніх органів, точкові крововиливи в шкіру, слизові оболонки, під плевру, перикард, періаортальну клітковину. Печінка значно зменшена у розмірі (приблизно в 1.5 рази), драбла, зі зморщеною капсулою, сірувато-жовтого кольору.

На основі клініко-морфологічного аналізу, результатів аутопсії визначте, яка патологія печінки стала причиною смерті:

- А. Гнійний холангіоліт
- В. Гостра токсична дистрофія печінки
- С. Синдром Жильбера
- Д. Вірусний гепатит
- Е. Лямбліоз

2. Хворого С, 30-х років, який потрапив в автодорожню катастрофу, доставили в травматологічне відділення з обширною травмою м'яких тканин лівого стегна і тяжким струсом головного мозку. Травмовані тканини нагноїлися. Розвинулась гостра ниркова недостатність. Помер через 4 доби за наявності олігурії-анурії.

На аутопсії тканини головного мозку помірно набрякли, повнокровні. Нирки збільшені, дряблі, корковий шар з ішемією, жовтувато-сірого кольору, з вогнищами некрозів, мозковий шар повнокровний, темно-червоного кольору. На основі клініко-анатомічного аналізу даних зробіть танатологічний висновок про причину смерті.

- А. Некронефроз
- В. Уремія
- С. Гостра надниркова недостатність
- Д. Блискавичний сепсис
- Е. Травматична енцефалопатія

3. Хворий А. 21-го року, госпіталізований з обширними опіками, площа яких складає більше 50% поверхні тіла. Осередки пошкодження почали епітелізуватися, проте розвинулась олігурія та анурія, через три доби хворий помер.

На аутопсії виявлені ознаки уремії (крупозний плеврит і перитоніт, помірний набряк легень і головного мозку), на слизовій оболонці численні мілкі ерозії, а також морфологічні ознаки шокової нирки: нирки збільшені, дряблі, з широким блідо-сірим ішемізованим корковим шаром і темно-червоними пірамідами з крововиливів. На основі клініко-морфологічного аналізу слід думати, що у

даного хворого розвинувся:

- А. Гострий пієлонефрит
- В. Некротичний нефроз
- С. Тубуло-інтерстиційний нефрит
- Д. Обструктивна парапротеїнемічна тубулопатія
- Е. Піонефроз

4. У робітниці цементного заводу 38-ми років розвинувся цукровий діабет середньої важкості, артеріальна гіпертензія, прогресуюче ожиріння. Почала відмічати порушення менструального циклу і явища вірілізму. На протязі 11 років страждала хронічним бронхітом. При обстеженні в ендокринологічному відділенні виявлено підвищений рівень АКТГ у крові і двостороння гіперплазія наднирників. При черговому медогляді, через деякий час, рентгенологічно виявлен вузол діаметром близько 2 см. У прикореневої локалізації. Морфологічно виявлено дрібноклітинний рак. Проаналізуйте клініко-анатомічні дані наведеного випадку. Який основний діагноз повинен бути поставлений:

- А. Прикореневий дрібноклітинний рак легень
- В. Прикореневий рак легень. Пременопауза. Цукровий діабет.
- С. Хвороба Іценко-Кушинга
- Д. Центральний рак легень. Синдром Іценко-Кушинга
- Е. Прикореневий гормонопродукуючий дрібноклітинний рак легень. Ектопічна ендокринопатія.

5. Жінка 59-ми років звернулася до гінеколога з приводу болей внизу живота, втрати ваги. При обстеженні обидва яєчника збільшенні, із щільними гладкими пухлинними вузлами. У лівій надключичній ямці лімфовузол $D=1,5$ см, щільної консистенції, безболісний при пальпації. Невдовзі з'явилась задишка. Хвора померла при зростаючих явищах легенево-серцевої недостатності. На аутопсії пухлинні вузли різних розмірів виявлені в яєчниках, легенях, лівому надключичному лімфовузлі. У порожнині шлунку, на малій кривизні, поліпоподібна пухлина на широкій основі. При гістологічному дослідженні, у всіх локалізаціях пухлини—недиференційований рак. На основі клініко-морфологічних проявів визначте локалізацію первинної пухлини.

- А. Пухлина яєчників
- В. Пухлина легень
- С. Лімфогранулематоз
- Д. Пухлина шлунку
- Е. Пухлина шлунку та яєчників

6. Чоловік 56-ти років помер при явищах печінкової коми. На розтині: виснаження, жовтяниця, дистрофічні зміни паренхіматозних органів. Печінка масою 3500 г., щільна, бугриста за рахунок багатьох пухлинних вузлів білого кольору діаметром 1-8 см. В нижній долі лівої легені субплеврально локалізований пухлинний вузол, не зв'язаний з бронхом. Численні дрібні пухлинні вузли в параректальній клітковині. Проаналізуйте морфологічні прояви

патологічного процесу. Це:

А. Рак шлунку з гематогенними метастазами в печінку, легені, лімфогенні шніцлеровські метастази в параректальну клітковину.

В. Гепатоцелюлярний рак, метастази в легені, шлунок і параректальну клітковину.

С. Холангіоцелюлярний рак, метастази в легені, шлунок і параректальну клітковину.

Д. Рак легень, метастази в печінку, шлунок та параректальну клітковину.

Е. Рак прямої кишки з метастазами в печінку, легені.

7. У дитини 6-ти років, померлого від дифтерії, у зв'язку з пізнім надходженням в стаціонар, на розтині виявлено велике, вкрай дрябле серце із різко розширеними камерами, в надпирниках значні крововиливи, численні крововиливи в інших тканинах. Клінічні прояви: через 2 тижні після захворювання з'явилась задишка, тахікардія, глухість серцевих тонів, розширення міжсерцевої тупості. Проаналізуйте клініко-морфологічні данні із ціллю встановлення танатогенезу:

А. Асфіксія

В. Параліч діафрагми

С. Поліоргана недостатність

Д. Токсичний міокардит

Е. Бактеріальний шок

8. Хворий із фіброзно-кавернозним туберкулезом легень помер від уремії. На розтині: кахексія, кожні покриви гіперпігментовані, у правій легені 2 каверни діаметром 4 і 5 см, з товстою стінкою та залишками казеозного вмісту, прилегла легенева паренхіма фіброзована, плевральна порожнина облітерована. Лівий шлуночок серця гіпертрофований (товщина 2,1 см), правий шлуночок—також (товщина 0,6 см). Нирки нормальних розмірів, щільні, сірувато-білого кольору, із рубцевими западинами. Які захворювання нирок стали основною причиною смерті:

А. Амілоїдоз нирок

В. Некротичний нефроз

С. Гломерулонефрит

Д. Обструктивна тубулопатія

Е. Тубулоінтерстиційний нефрит

9. Хворий 65-ти років, проходячи реабілітаційну терапію в кардіологічному санаторії, захворів грипом і через 2 дні помер. При розтині виявлено численні крововиливи у внутрішні органи, серозні і слизові оболонки. У слизових оболонках дихального тракту фібринозно—геморагічне запалення. В легенях численна кількість дрібних вогнищ серозно—геморагічної пневмонії фокуси гострої емфіземи та ателектази. Протікання пневмонії ускладнилось нагноєнням: у лівій легені виявлено вогнище гнійної пневмонії. В головному мозку дисциркуляторні розлади, помірний набряк тканин. Проаналізуйте дані з ціллю

виявлення основної причини смерті:

- А. Постгеморагічна анемія
- В. Легенево-серцева недостатність
- С. Грипозна енцефалопатія
- Д. Гангрена лівої легені
- Е. Токсична гостра ниркова недостатність

10. Хворий 49-ми років довгий час страждав на мітральну ваду серця, помер від гострої кровотечі із варикозно розширених вен нижньої третини стравоходу. На автопсії: гіпертрофія міокарду, стеноз мітрального отвору внаслідок зрощення сторін клапану. В черевній порожнині виявлено 3 л прозорої рідини жовтуватого кольору. Печінка зменшена у розмірі, щільна, поверхня бугриста. На розрізі печінкова паренхіма сірувато-жовтого кольору, складається із малих та великих вузлів. Розширені вени передньої черевної стінки, нижньої третини стравоходу та гемороїдальні, в порожнині стравоходу невелика кількість крові. Проведіть аналіз клініко-анатомічних даних із ціллю встановлення танатогенезу:

- А. Гостра серцева недостатність
- В. Гостра надниркова недостатність
- С. Гостра постгеморагічна анемія
- Д. Гостра печінкова недостатність
- Е. Гостра гепато-ренальна недостатність

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Скласти алгоритм розвитку посмертних ранніх та пізніх ознак смерті.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х II. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х II. – 2019. – 512с.
4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.
5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 5. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ) – нормативний документ, що забезпечує єдність методичних підходів та міжнародну верифікацію матеріалів. МКХ 10-го та 11-го перегляду. Робота з Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду (1995 р.) згідно патологоанатомічного діагнозу розтину.

Мета: Метою МКХ є створення умов для систематизованої реєстрації, аналізу, інтерпретації та порівняння даних про смертність та захворюваність, отриманих в різних країнах або регіонах та в різний час. МКХ використовується для перетворення словесного формулювання діагнозів хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у коди, які забезпечують зручність збереження, збору та аналізу даних.

МКХ стала міжнародною стандартною діагностичною класифікацією для всіх загальних епідеміологічних цілей та багатьох цілей, пов'язаних з управлінням системою охорони здоров'я. Ці цілі включають аналіз загальної ситуації зі здоров'ям груп населення, а також підрахунок частоти і поширеності хвороб та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям, в їхньому взаємозв'язку з різними факторами.

Основні поняття: хвороба, МКХ

План

1. Теоретичні питання:

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ

Міжнародна статистична класифікація хвороб (МКХ) є основним інструментом розробок інформації про здоров'я населення та діяльності установ охорони здоров'я. Вона забезпечує методичну єдність і співставлення результатів вивчення захворюваності населення, причин смерті як у межах країни, так і між країнами.

Нині діє Десятий перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ-10), який в Україні введено в дію у закладах охорони здоров'я з 01.01.1999

З використанням МКХ-10 можуть бути класифіковані не тільки захворювання, які мають чітко сформульований діагноз, але і інші чинники, що пов'язані зі здоров'ям, іншими змінними показниками, такими, як умови та обставини життя осіб, які страждають на певні хвороби. Тому МКХ передбачає можливість широкого розмаїття ознак, симптомів, відхилень, виявлених в процесі дослідження, скарг та соціальних обставин, які можуть бути вписані на місці діагнозу в медичній документації.

Побудова класифікації

На відміну від міжнародної номенклатури хвороб в основу статистичної класифікації (МКХ) покладено ієрархічний принцип групування хвороб з присвоєнням кожній нозології (або порушенню) коду з літерою англійського алфавіту в якості першого знака та цифрами у другому, третьому та четвертому знаках коду. Наприклад, діагноз "Залізодефіцитна анемія вторинна постгеморагічна" ідентифікується кодом D50.0.

Перші три знака коду складають рубрику, яка в основному ідентифікує будь-яке захворювання, що має особливу значимість для охорони здоров'я або високу поширеність. Рубрики складають "серцевину" класифікації, на їх рівні проводиться подання даних у ВООЗ щодо причин смерті та поширеності ряду хвороб для проведення основних міжнародних співставлень. Четвертий знак статистичного коду, який йде за десятичною крапкою, дозволяє деталізувати зміст рубрики. Чотиризначний код визначається як підрубрика. У приведеному вище прикладі перші три знаки коду відносять анемію до розряду залізодефіцитної анемії, яка ідентифікується рубрикою D50, а четвертим знаком .0 визначається її етіологія, а саме виникнення внаслідок крововтрати.

Чотиризначні підрубрики складають невід'ємну частину МКХ і на їх рівні проводиться кодування причин смерті та захворюваності для подання даних в органи державної статистики, проведення міжрегіональних порівнянь і поглиблених статистичних розробок у конкретних областях медицини. Застосування 4-значних підрубрик є обов'язковим при кодуванні захворюваності та причин смерті в лікувально-профілактичних закладах.

Першим знаком коду МКХ є літера. Кожна літера пов'язана з окремим класом, крім літери D, яка використовується і в класі II "Новоутворення", і в класі III "Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму", а

також літери Н, яка вживається як у VII "Хвороби ока та його додаткового апарату", так і в класі VIII "Хвороби вуха та соскоподібного відростка". В чотирьох класах (I, II, XIX та XX) вживається більш ніж одна літера в першому знакові відповідних кодів.

Коди U00-U99 мають вживатися для тимчасового кодування нових хвороб невизначеної етіології. Коди U50-U99 можуть застосовуватися в наукових дослідженнях.

Зайняті не всі коди, що є у розпорядженні класу. Наприклад, у класі IX "Хвороби системи кровообігу" (I00-I99) блок хвороб, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском, складений з кодів - I10-I15. Наступний за ним блок ішемічна хвороба серця включає коди I20-I25. Проміжки, які залишені між блоками, дають можливість при майбутніх переглядах вводити необхідні доповнення, не ламаючи всієї структури класу. З цією ж метою іноді залишаються вакантними і номери четвертих знаків коду.

Введення літер як першого знаку рубрик дозволяє закодувати в кожному класі до 100 діагностичних термінів на тризначному рівні і надалі дозволяє проводити перегляди класифікації без руйнування її цілісності.

МКХ-10 складається з трьох томів:

1-й том класифікації (в 2-х частинах) включає повний перелік рубрик, кодові номери яких розміщуються в діапазоні від A00.0 до Z99.9. Включені до нього хвороби поділені на 21 клас, кожний з яких, в свою чергу, поділено на "блоки" однорідних тризначних рубрик, що пов'язані між собою загальними характеристиками. Ієрархічний принцип побудови класифікації (клас, блоки, рубрики, підрубрики) дає можливість проводити статистичну розробку на різних рівнях деталізації зібраних даних.

Крім того, у перший том включений розділ "Морфологія

новоутворень" для реєстрації морфологічного типу новоутворення у онкохворого. Морфологічні коди являють собою п'ятизначні коди: перші чотири ідентифікують гістологічний тип новоутворення; п'ятий знак коду - характер пухлини (злоякісна первинна, злоякісна вторинна, метастатична, *in situ*, невизначена злоякісна або доброякісна) з точки зору перебігу хвороби.

2-й том класифікації - це інструктивні рекомендації щодо використання МКХ-10.

3-й том включає Алфавітний покажчик хвороб і травм за їх характером (том 1), який являє собою значне до нього доповнення, тому що містить більше число діагнозів і уточнених станів, ніж у томі 1. Таким чином, в Алфавітний покажчик внесені майже всі діагностичні терміни, які використовуються у медичній практиці.

Кодування смертності у відповідності до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду

Для професійного кодування діагнозів медичному працівнику необхідно використовувати усі три томи класифікації у такій послідовності:

1. Визначити основний термін діагнозу, який підлягає кодуванню і знайти його в Алфавітному покажчику (том 3).

2. Ознайомитись з усіма термінами, які зазначені в круглих дужках, якщо такі є (ці визначення не впливають на кодовий номер), а потім з усіма термінами, які розташовані під основним терміном (ці терміни впливають на кодовий номер). Ознайомитись з усіма примітками, якщо такі є, і уважно подивитись на посилання "Див. примітку". Все це дозволить повністю врахувати усі формулювання діагнозу і вибрати правильний код.

3. Обов'язково перевірити правильність зробленого вибору, використовуючи Повний перелік рубрик (том 1). При цьому слід урахувати, якщо у Алфавітному покажчику наведено тризначний код з тире на місці четвертого знаку (.-), це вказує на те, що у томі

І потрібно знайти відповідну чотиризначну підрубрику. При перевірці вибраного коду необхідно керуватися усіма включеними і виключеними термінами, які мають відношення до вибраної підрубрики, рубрики, блоку, куди входить рубрика, і класу хвороб.

Тільки після цих трьох обов'язкових дій можна присвоїти код діагнозу за МКХ-10.

Кодування причин смерті

Статистика причин смерті є одним з основних джерел медичної інформації, яка дозволяє отримати найбільш точні дані щодо здоров'я населення. За рішенням Всесвітньої Організації охорони здоров'я, у лікарському свідоцтві про причину смерті повинні реєструватися всі ті хвороби, патологічні стани або травми, які призвели до смерті або сприяли її настанню, а також обставини нещасного випадку або акту насилля, що зумовили смертельну травму.

Це визначення не передбачає внесення у лікарське свідоцтво симптомів і явищ, що супроводжують настання смерті (механізм смерті), наприклад, таких як серцева або дихальна недостатність, інтоксикація, поліорганна недостатність тощо.

Статистика причин смерті основана на концепції першопричини, тобто на виборі хвороби або травми, яка зумовила ланцюг патологічних процесів, що призвели до смерті, а також реєстрації обставин нещасного випадку або акту насилля, які викликали смертельну травму. Це зумовлено тим, що з точки зору запобігання смерті, найбільш ефективною мірою є будь-який вплив на першорічину і за умови надання необхідної допомоги, запобігти її проявам й перервати ланцюг патологічних процесів, що призводять до смерті.

Медичний працівник, який заповнює лікарське свідоцтво про смерть, зобов'язаний на підставі результатів розтину (якщо він був проведений)

та "Карти стаціонарного хворого" визначити хворобу або стан, який безпосередньо призвів до смерті і проаналізувати ланцюг хворобливих процесів, які викликали цей летальний стан, виділити першопричину цього ланцюга подій, що призвели до смерті, тобто визначити першопричину смерті.

Частина перша пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть призначена виключно для реєстрації хворобливих станів, які складають цей ланцюг.

У верхньому рядку а) частини I зазначається хворобливий стан, який безпосередньо призвів до смерті. У рядках, заповнених нижче - б), в) по одному в кожному рядку - патологічні стани (якщо такі мають місце), які призвели до виникнення безпосередньої причини смерті.

Для чого ж в першій частині свідоцтва виділений рядок "г"? Цей рядок призначений для реєстрації обставин отримання смертельного пошкодження, що виникло в результаті травм, отруєнь або інших дій зовнішніх причин (тобто пошкоджень, які реєструються кодами XIX класу). Якщо смерть настала в результаті цих причин, заповнення рядка "г" є строго обов'язковим, оскільки міжнародні порівняння статистики травм і отруєнь проводяться за даними цього рядка.

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:

7. ускладнення, пов'язані з використанням медичних приладів та пристроїв;
8. непередбачені несприятливі реакції, які виникли при введенні відповідно до призначення лікарських засобів у терапевтичній чи профілактичній дозі;
9. випадково нанесена шкода пацієнту під час хірургічного та терапевтичного втручання;

10. хірургічні та терапевтичні процедури, які є причиною аномальної реакції пацієнта;

11. 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 пухирчатка (L10), лікована кортикостероїдами в терапевтичних дозах. Ускладнення 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:
серця.

Основне захворювання: перфорація стінки правого шлуночка внутрішньосудинним кінцем катетера при пункції і катетеризації правої підключичної вени (дата).

Ускладнення основного захворювання: тампонада перикарда інфузійною рідиною і кров'ю; гідро-гемоперикард, набряк легень, головного мозку.

Супутнє 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.

Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляду (далі МКБ 11) є стандартною для всього світу методикою збору даних про смертність і захворюваність, що дозволяє оптимальним методом кодувати і статистично обробляти медичну інформацію. Також вона дозволяє організовувати процеси управління охороною здоров'я, перерозподіл фінансових і інших ресурсів, оптимізувати наукові дослідження, збирати і враховувати епідеміологічну інформацію, сприяти поліпшенню медико-санітарної допомоги первинної ланки, регулювати питання профілактики та лікування, допомагаючи отримувати уявлення про ситуацію в області здоров'я в окремих країнах, різних групах населення, вікових шарах і т.п. На англійській мові використовується термін International Classification of Diseases (ICD).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКБ-11) в червні 2018 року. З 1992 року в світі діяла МКБ-10, до неї перегляди проводилися 1 раз в 10 років. Передбачається, що нове видання МКБ представить на затвердження Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в січні 2019 року, а в повну силу воно вступить з 1 січня 2022 року.

Класифікацією хвороби користуються лікарі, медичні сестри, наукові дослідники, статисти та кодувальники медичної інформації, оператори інформаційних технологій, страхові компанії, організації та офіційні спільноти пацієнтів, роблять різні сторони медичної допомоги. МКБ (10-го перегляду) переведена на 43 мови і використовується в 117 країнах. Такі ж показники очікуються і в рамках використання 11-го перегляду МКБ.

МКБ має колосальну значимість за рахунок забезпечення спільної мови звітності та моніторингу захворювань для всього світу. МКБ сприяють

порівнянні даних у всьому світі, полегшуючи обмін інформацією стандартизованим способом між окремими лікарнями, населеними пунктами і цілими країнами. Також МКБ спрощує збір і зберігання інформації з метою подальшої обробки, статистичного аналізу та виробленні методів вирішення різних питань охорони здоров'я.

МКБ в черговий раз переглядається, незважаючи на тривалий період використання (МКБ 10 використовувалася довше, ніж будь-який інший варіант переглянутої класифікації), з метою відображення сучасних візнь наукового прогресу охорони здоров'я. Також, з огляду на сучасний рівень інформаційних технологій, МКБ 11 буде використовуватися в інформаційних системах електронної охорони здоров'я. Особливостями даного перегляду якраз є використання мережі Інтернет за участю всіх зацікавлених сторін. Також даний перегляд буде надаватися безкоштовно в режимі онлайн для особистого користування. Інформація буде переведена на багато мов.

Питання для самоконтролю

1. Визначення, мета і завдання МКХ.
2. Принципи класифікації хвороб.
3. Кодування причин смерті.
4. Причини перегляду МКХ. МКХ 11.
5. Відмінності останнього перегляду МКХ від попередніх.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

Завдання 1.

У хворого на рак прямої кишки, який помер після операції правобічної геміколектомії з накладенням ілеотрансверзоанастомоза, на розтині виявлено флегмону передньої черевної стінки, діастаз операційної рани, недостатність тонко-товстокишечного анастомозу, зовнішній кишковий свищ, тромбоз правої середнемозгової артерії, розповсюджений ішемічний інфаркт правої півкулі головного мозку, ішемічний інфаркт лівої нирки та селезінки, емфізема легень, атеросклероз черевного відділу аорти. Що виявилось безпосередньою причиною

смерті?

- A. флегмона передньої черевної стінки
- B. діастаз операційної рани
- C. тромбоз правої середне-мозгової артерії
- D. ішемічний інфаркт селезінки
- E. ішемічний інфаркт правої півкулі головного мозку

Завдання 2.

При гістологічному дослідженні секційного матеріалу від 50 річного померлого, з діагнозом «Грип», виявлена двостороння субтотальна серозно-фібринозно-геморагічна пневмонія, гострий набряк головного мозку, серозно-геморагічний бронхіт, правобічний хронічний пієлонефрит, гнійний передній медіастиніт, фібринозний перикардит. Встановіть основну причину смерті.

- A. грип
- B. двостороння субтотальна пневмонія
- C. набряк головного мозку
- D. правобічний хронічний пієлонефрит
- E. фібринозний перикардит

Завдання 3.

У дитини 3 роки, з вродженим пороком серця, на розтині виявлений дефект міжпередсердної перетинки, стеноз устя основного стовбура легеневої артерії, гіпертрофію правого шлуночку серця, тромбоз передніх, середніх і задніх мозкових артерій, множинні вогнища сірого розм'якшення головного мозку (проміжний мозок, ліве півкуля, центральні звивини правої півкулі), двостороння бронхопневмонія, плямисті субплевральні крововиливи. Основним захворюванням є:

- A. тромбоз мозкових артерій
- B. вроджений порок серця-тріада Фалло
- C. гіпертрофія правого шлуночку серця
- D. дефект міжпередсердної перетинки
- E. двостороння бронхопневмонія

Завдання 4.

На розтині померлого хворого 66 років, встановлено: ішемічну хворобу серця, трансмуральний інфаркт міокарда передне-септально-бокової ділянки лівого шлуночку, постінфарктний кардіосклероз, пристінковий тромбоз устя передньої гілки лівої коронарної артерії, набряк легень, лівобічний гідроторакс (250 мл), фібринозно-осередковий туберкульоз правої легені, правобічна бронхопневмонія 6, 9 і 10 сегментів. Найважливішим проміжним ускладненням основного захворювання (ІХС) є:

- A. правобічна бронхопневмонія
- B. постінфарктний кардіосклероз
- C. ішемічна хвороба серця

- D. фібринозно-осередковий туберкульоз правої легені
- E. лівосторонній гідроторакс (250 мл)

Завдання 5.

У породіллі 19 років, яка померла в результаті токсикозу другої половини вагітності й післяпологового періоду (еклампсія), на розтині виявлено кортикальний некронефроз, уремична серозно-фібриозна пневмонія, ерозивний гастроентероколіт, геморагічний діатез (дрібні крововиливи в шкіру, серозні й слизові оболонки), жовтяниця, набряк головного мозку й легень (150 мл і 100 мл), анасарка, у мокротинні - «клітини серцевих пороків». Безпосередня причина смерті.

- A. дрібні крововиливи в шкіру
- B. уремія
- C. кортикальний некронефроз
- D. ерозивний гастроентероколіт
- E. анасарка

Завдання 6.

У померлого хворого 59 років, із хронічним остеомієлітом лівої великогомілкової кістки, на розтині виявлено лівобічний калькульозний пієлонефрит, амілоїдоз печінки, селезінки, нирок із вторинним їх зморщенням, уремія (лівобічна зливна бронхопневмонія, правобічний серозно-фіброзний плеврит, фібринозний перикардит), фібринозно-осередковий туберкульоз легень, набряк головного мозку, гіпертрофія міокарда (маса серця 500 г, товщина стінки лівого шлуночку - 2,1 см). Що є основним захворюванням?

- A. гіпертрофія міокарда
- B. калькульозний пієлонефрит
- C. фібринозний перикардит
- D. уремія
- E. хронічний остеомієліт

Завдання 7.

У хворого, з діагнозом рак фатерова сосочку (гістологічно-аденокарцинома), який помер після операції панкреато-дуоденальної резекції й накладення гастроентероанастомозу, на розтині виявлені метастази в регіонарні лімфатичні вузли, печінку, недостатність культі дванадцятипалої кишки й шлунково-тонкокишкового анастомозу, значні ділянки некрозу заочеревинної жирової клітковини, дифузійний гнійно-фібринозний перитоніт, множинні абсцеси печінки, пролежень правої половини сідниці, хронічний обструктивний бронхіт. Установити безпосередню причину смерті.

- A. гнійно-фібринозний перитоніт
- B. хронічний обструктивний бронхіт
- C. метастази в печінку
- D. некроз заочеревинної жирової клітковини
- E. метастази в регіонарні лімфатичні вузли

Завдання 8.

У померлої хворої 40 років, на розтині виявлена гіпертонічна хвороба (ниркова форма), артеріосклеротичний нефросклероз, гіпертрофія міокарду лівого шлуночку (1,6 см.), уремія, двостороння фібринозно-геморагічна пневмонія, фібринозний перикардит, плямисті крововиливи по вісцеральну плевра, асцит (300 мл), хронічний необструктивний бронхіт. Супутнім захворюванням гіпертонічної хвороби є:

- A. асцит (300 мл)
- B. хронічний необструктивний бронхіт
- C. гіпертрофія міокарда
- D. двостороння фібринозно-геморагічна пневмонія
- E. фібринозний перикардит

Завдання 9.

У померлого хворого 63 років, з алкогольним цирозом печінки, на розтині виявлений атеросклероз, флебосклероз і тромбоз v.portae, спленомегалія, асцит (1400 мл), варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальних вен і «голова Медузи», кровотеча в шлунково-кишковий тракт (1100 мл), гостра постгеморагічна анемія, геморагічні інфаркти 4 і 7 сегментів правої легені, лівостороння дрібновогнищева пневмонія. Ускладнення, що обумовило безпосередню причину (гостра постгеморагічна анемія) смерті:

- A. кровотеча в шлунково-кишковий тракт
- B. варикозне розширення вен стравоходу
- C. варикозне розширення гемороїдальних вен
- D. загальний атеросклероз
- E. алкогольний цироз

Завдання 10.

У хворої, яка померла після операції по видаленню лівої маткової труби, з діагнозом лівобічна трубна вагітність, на розтині виявлено розрив лівої маткової труби (клінічно), гемоперитонеум (1400 мл), гостра постгеморагічна анемія, набряк легенів, головного мозку, фіброміома матки. Основна причина смерті.

- A. лівобічна маткова вагітність
- B. розрив лівої маткової труби
- C. набряк легенів
- D. гемоперитонеум (1400 мл)
- E. гостра постгеморагічна анемія

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Скласти орієнтовну карту патоморфологічного дослідження тканин при неопластичних процесах різних органів.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина ”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.
4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.
5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.
2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.
3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.
4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.
5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія
9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology
10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>
11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 6. Порядок призначення і проведення патологоанатомічних розтинів трупів. Загальні положення. Порядок проведення розтинів трупів осіб, померлих в стаціонарі. Порядок проведення розтинів трупів осіб, померлих поза стаціонаром. Порядок проведення розтинів трупів новонароджених і мертвнонароджених, дитячих трупів.

Мета: Аутопсія має велике пізнавальне значення, оскільки сприяє накопиченню знань про патологію людини на органному, системному, тканинному, клітинному і субклітинному рівнях. Аутопсія дозволяє робити зіставлення клінічного і патологоанатомічного діагнозів, яке сприяє поліпшенню лікувально-діагностичних заходів в лікувальних установах і здійсненню контролю над діяльністю відділень лікарень. Аутопсія дозволяє робити зіставлення клінічного і патологоанатомічного діагнозів, яке сприяє поліпшенню лікувально-діагностичних заходів в лікувальних установах і здійсненню контролю над діяльністю відділень лікарень. Аутопсія дозволяє виявити дефект у веденні хворого, виявити помилки лікаря, здійснювати науковий контроль за лікувальною діяльністю, підвищити кваліфікацію лікарів.

Основні поняття: розтин померлого (некропсія, аутопсія)

Теоретичні питання:

Розтин (секція, аутопсія, обдукція) являє собою дослідження тіла померлого з метою виявлення наявних в нім структурних змін. Смерть хворого є повне і безповоротне припинення життєвих функцій організму і передусім систем, що регулюють ці функції (біологічна смерть). Розрізняють три види смерті : природну, насильницьку і смерть, викликану хворобою.

Випадки смерті, які послідували в результаті медичних заходів, зроблених за показаннями, але виконаних неправильно, є предметом дослідження судово-медичної експертизи. Наприклад, переливання несумісної крові, передозування сильнодіючих засобів, груба помилка при оперативному

втручанні і так далі.

Патологоанатомічному розтину підлягають трупи осіб, що померли від хвороб в лікувально-профілактичних установах. У разі смерті в лікувальній установі після діагностичних і лікувальних заходів (наприклад, хірургічної травми) розтин проводиться також патологоанатомом, хоча виникла насильницька дія привела до смерті без всякої патогенетичної залежності від основного захворювання.

Існують різні методи розтину : Віхрова, Геллера-Ценкера, Кіари, Летюлля, Абрикосова, Шора, комбіновані методи.

Метод Абрикосова передбачає роздільне вилучення комплексів органів : спочатку вилучають органи порожнини рота, дихання, кровообігу, шиї у вигляді загального комплексу, перерізаючи при цьому аорту і стравохід на рівні діафрагми. Потім кишечник, печінку, шлунок, підшлункову залозу, селезінку і, нарешті, сечостатеві органи (бруньки, сечові шляхи, статеві органи)

По Шору користуються методом повної евісцерації, при якій усі органи шиї, грудної і черевної порожнин, малого тазу витягуються у вигляді єдиного комплексу, без порушення анатомічного зв'язку.

Аутопсія проводиться в установленому порядку.

Перш ніж приступити до розтину трупа, лікар-патологоанатом ретельно вивчає історію хвороби : знайомиться з клінічним перебігом хвороби, проведеної терапією, характером медичних втручань, якщо такі були (операція, переливання крові і рідин, реанімаційні заходи). Патологоанатом повинен звернути увагу на форму ведення історії хвороби, зміст і послідовність записів щоденних спостережень лікаря, лабораторні аналізи, зміст клінічного епікризу, конструкцію остаточного діагнозу, терміни його встановлення. Якщо що-небудь в карті стаціонарного хворого неясно, присутній при розтині лікар, який лікував, дає пояснення.

Після ідентифікації трупа приступають до зовнішнього огляду, звертаючи увагу передусім на ознаки смерті, яка настала : охолодження трупа, помутніння рогівок; відсутність реакції зіниць на світло, наявність трупного

задубіння, трупні плями. При зовнішньому огляді трупа визначають стать, особливості статури, стан кісткового скелета, стан нігтів і шкірних покривів померлого (колір, наявність висипу, крововиливів, набряків, операційної рани, слідів від медичних маніпуляцій), визначають стан видимих слизових оболонок порожнини рота, очей та ін

Вже при зовнішньому огляді можна отримати ряд даних, які сприяють встановленню діагнозу. Наприклад, сильно виражене трупне задубіння характерне для захворювань, які супроводжуються ексикозом, наприклад, правець, в померлих від холери. Слабо виявлене трупне задубіння або його відсутність говорить на користь септичного стану. Темний колір шкіри говорить про наявність аддісоновій хворобі, яка супроводжується гіперпігментацією шкіри; ціаноз при серцево-судинній недостатності.

Закінчивши зовнішній огляд, переходять до розтину порожнин і дослідження внутрішніх органів, їх взаємного розташування і відхилень, обумовлених хворобливими процесами (спайки, деформації). Особливу увагу при цьому слід приділяти огляду порожнин : черевний, плевральних (наявність рідини, спайок, чужорідних тіл), стану очеревини і інших серозних оболонок (наявність рихлих накладень, помутніння), стани швів у разі оперативного втручання і стан дренажів.

Після вилучення з трупа органів визначають їх розміри, вагу, форму, консистенцію, стан поверхонь, а при розрізанні - характер паренхіми; наявність патологічних процесів з детальною анатомічною картиною змін. Порожністі органи розрізають, при цьому звертається увага на стан вистилання порожнин і їх вміст. Досліджується цілісність кісток, а для вивчення кісткового мозку необхідно розпиляти грудину, тіла хребців і одну з трубчастих кісток. Оглядають судини і суглоби.

Розтин трупів мертворождалих і новонароджених відрізняється деякими особливостями. Труп слід зважувати, вимірюючи довжину тіла і окружність голови. Вказати ознаки недоношеності (м'які вушні раковини, обволосіння на плечах, спині, пупкове кільце нижче середини відстані між лоном

і мечовидним відростком грудини, короткі нігтьові пластинки, у дівчаток - зяяння статевої щілини, у хлопчиків - яєчка не опущені в мошонку) або переносності (щільні кістки черепа, зрощені шви), стан пуповинного останку. На відміну від розтину дорослих померлих, аутопсію трупів новонароджених розпочинають з порожнин тіла, а закінчують розкриттям черепа. При цьому слід створити умови для ретельного огляду мозочка намету і серповидного відростка, які часто ушкоджуються в пологах. При розтині головного мозку слід звернути увагу на розміри шлуночків мозку, наявність вад розвитку, вогнищ некрозу і петрифікації.

При кожному патологоанатомічному розтині обов'язковим є гістологічне дослідження органів і тканин, набір яких змінюється залежно від характеру захворювання. Для цього лікар-патологоанатом бере шматочки з органів і поміщає тут же у фіксувальну рідину (частіше це 10-12% розчин нейтрального формаліну). Обробка і підготовка цього матеріалу для гістологічного дослідження проводиться тими ж методами, що і при біопсії. У разі потреби лікар проводить окремий забір матеріалу для таких спеціальних досліджень, як цитологічні, мікробіологічні, вірусологічні, цитогенетичні, біохімічні.

Розтин померлого від інфекційних хвороб краще проводити по методу Абрикосова, перешкоджаючи тим же розтіканню інфікованих рідин і крові.

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 наруківники. 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, наявності 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.

ПОЛОЖЕННЯ про порядок розтину трупів у лікувально-профілактичних закладах

Всі трупи померлих хворих у лікувально-профілактичних закладах, як правило, підлягають розтину. Головному лікарю, начальнику патологоанатомічного бюро належить право відміни розтину тільки в надзвичайних випадках. Про відміну розтину головний лікар, начальник патологоанатомічного 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.

Трупи 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 аборту, 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 судовомедичний 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, загальнопрофесійне 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 епікрізом, 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 й іНа розтині та підпис. Це є замовленням для підрозділів патологоанатомічної служби на виконання розтину.

ПОЛОЖЕННЯ про порядок розтину викиднів масою тіла від 500,0 і більше в строках від 22 тижнів вагітності незалежно від живо- або мертвнонароджених 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 мертвнонароджені 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 мертвнонародженості. 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 мертвнонароджених та померлих новонароджених, доставку їх у патологоанатомічне бюро (відділення) не пізніше 12 год після народження мертвнонародженого чи смерті новонародженого. Мертвнонароджений направляється з історією розвитку немовляти та клінічним епікризом. Мертвнонароджений 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 мертвонароджених, 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 розтину. 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 епікрізі 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.

Питання для самоконтролю

1. Документація, необхідна для розтину.
2. У яких випадках не дозволяється відміна розтину.
3. Ознаки смерті і їх значення.
4. Зовнішній огляд тіла і оцінка отриманих даних.
5. Найбільш поширені методи розтину і їх особливості.
6. Макроскопічне дослідження порожнин і внутрішніх органів, макроскопічна диференціальна діагностика виявлених патологічних процесів.
7. Особливості розтину мертвонароджених і новонароджених
8. Значення аутопсії для медичної науки і практичної охорони здоров'я.
9. Клініко-анатомічний аналіз конкретного розтину.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий 58 років поступив в терапевтичне відділення зі скаргами на нападоподібні болі колочого характеру в області серця. При явищах гострої серцево-судинної недостатності наступила смерть. Вкажіть складову частину клініко-анатомічного епікризу.

- А)данні суб'єктивного дослідження
- В)данні о своєчасній діагностиці та госпіталізації
- С)данні анамнезу
- Д)данні лабораторно-діагностичного дослідження
- Е)клінічні симптоми захворювання

2. У чоловіка 63 років, захворювання почалося гостро, коли він відчув „удар у потилицю”, дзвін у вухах, різку слабкість. Смерть наступила від гострої мозкової недостатності, діагноз: „Гіпертонічна хвороба I-II стадії, субарахноїдальний крововилив”. Вкажіть складову частину клініко-морфологічного епікризу.

- А)клінічний
- В)морфологічний висновок
- С)танатологічний висновок
- Д)епідеміологічний висновок
- Е)клініко-лабораторний висновок

3. Хвора К., 40 років страждала попереково-крижовим радикулітом, 3 червня госпіталізована у неврологічне відділення. З 4 червня отримувала новокаїн, анальгін, хлористий кальцій, 6 червня у 15 г. після введення реопирину, вітаміну В12 і новокаїну у хворої розвинулися явища анафілактичного шоку і, незважаючи на десенсибілізуючу терапію і реанімаційні заходи, 7 червня у 12 г. 55 хвилин констатована біологічна смерть.

Заключний клінічний діагноз: попереково-крижовий радикуліт, ускладнення терапії (реакція на введення реопирину і новокаїну). Смерть обумовлена індивідуальною непереносимістю лікарських речовин з розвитком гострої серцево-судинної недостатності, яка є безпосередню причиною смерті. Смерть пов'язана з правильно виконаними медичними процедурами, ускладнення яких передбачити було неможливо. Вкажіть складові частини клінічно-анатомічного епікризу.

- А)обґрунтування сполучного захворювання
- В)обґрунтування діагнозу основного захворювання
- С)обґрунтування клінічного діагнозу
- Д)обґрунтування супутнього захворювання
- Е)обґрунтування фонового захворювання

4. Протокол розтину. Труп доношеної новонародженої дівчинки правильної статури, задовільного харчування. Шкірні покриви і видимі слизисті чисті і синюшні. М'які тканини головки і кістки черепа цілі. Джерельця м'які звичайного розміру. М'які мозкові оболонки декілька набряклі, різко повнокровні, з осередковими крововиливами, розташованими на зведеннях півкуль в області тім'яних і скроневих доль. Тканина мозку в'яла, рожево-сірого

кольору, межа сірої і білої речовини стерта. Судинні сплетення мозку сірвато-рожеві, повнокровні, блискучі. У порожнинах середнього вуха з обох боків в змін не виявлено. Синуси твердої мозкової оболонки містять кров темно вишневого кольору, пуповина перев'язана ниткою шовку. Чи правильно написано початок описової частини протоколу розтину?

- А) так;
- В) ні;
- С) необхідно почати з опису органів серцево-судинної системи;
- Д) необхідно почати з опису органів дихальної системи;
- Е) необхідно почати з опису органів сечовивідної системи;

5. Хворому И., 30 років, який страждає хронічним гломерулонефритом із переходом у вторинне зморщування нирок. В термінальній стадії ХНН була зроблена пересадка нирки. У найближчий післяопераційний період у хворого відбулася зупинка серця, яку клініцисти розцінили як гостру серцево-судинну недостатність. На розтині, крім патологоанатомічних змін, які характерні для ХНН, виявлена неспроможність швів артеріального анастомозу і заочеревна гематома. Безпосередньою причиною смерті з'явилася постгеморагічна анемія, в результаті артеріальної кровотечі з анастомозу, що привів до різкого падіння АТ і зупинці серця. В даному випадку має місце розбіжність клінічного і патологоанатомічного діагнозів (за смертельним ускладненням), оскільки падіння АТ внаслідок гострої крововтрати було розцінено в клініці, як прояв гострої серцево-судинної недостатності. Чи повинен патологоанатомічний епікриз відобразити причину розбіжності клінічного і патологоанатомічного діагнозу?

- А) так
- В) частково
- С) ні
- Д) детально проаналізувати клінічний діагноз
- Е) детально проаналізувати патологоанатомічний діагноз

6. Вагітна жінка 25 років направлена в лікарню швидкої допомоги з приводу перших родів, ускладнених передлежанням плаценти і випадінням пуповини. Народилася мертва дівчинка масою 3300 г., завдовжки 51 см, коло голівки 35 см.

Клінічний діагноз: внутрішньоутробна асфіксія. Чи потрібно в протоколі розтину давати опис макро- і мікроскопічного дослідження плаценти?

- А) так
- В) ні
- С) за бажанням лікаря
- Д) по розсуду зав. відділенням
- Е) за бажанням родичів

7) Жінка 60 років хворіє протягом 2-х років. Кілька разів лежала в гематологічному відділенні з приводу хронічної гіпопластичної анемії. Виписувалася кожного разу з поліпшенням. Востаннє поступила в дуже важкому стані. Домінуючими симптомами були: шийний лімфаденіт із свищами, гепатолієнальний синдром, геморагічний діатез і анемія. Клінічні і лабораторні дослідження периферичної крові дали підставу

припустити алейкемічну форму хронічного мієлолейкозу з вираженими геморагіями. Діагноз патологоанатомічний: алейкемічна форма хронічного мієлолейкозу, гіпохромна анемія і тромбоцитопенія з вираженими геморагіями. Лівобічна пневмонія. Ексудативний лівобічний плеврит. набряк легень. Дистрофія паренхіматозних органів. Мета написання патологоанатомічного епікризу ?

- А) доповнення патологоанатомічного діагнозу
- В) замість патологоанатомічного діагнозу
- С) заповнити лікарське свідоцтво про смерть
- Д) для подачі в ЗАГС
- Е) для подачі в статистичний відділ лікувальної установи.

8) Хворий Н., 45 років поступив в край важкому стані на 5-у добу від початку захворювання з приводу гангренозного апендициту і розлитого гнійного перитоніту. Термінова (через 1ч 30 мін після надходження) хірургічна операція: апендектомія з дренажуванням черевної порожнини. У черевній порожнині велика кількість гнійного ексудату. Червоподібний відросток різко потовщений, брудно-зеленого кольору, очеревина тьмяна з фіброзними накладеннями. Після оперативного втручання стан хворого продовжував погіршуватися і через 4 дб після операції наступила смерть від гіпостатичної пневмонії. Мета написання патологоанатомічного епікризу:

- А) роз'яснення патологоанатомічного діагнозу
- В) замість патологоанатомічного діагнозу
- С) заповнити лікарське свідоцтво про смерть
- Д) для подачі в ЗАГС
- С) для подачі в статистичний відділ лікувальної установи

9. Хворий 80 років помер від гострого гангренозного апендициту. При описі серцево-судинної системи в протоколі є наступне: «У порожнині перикарду незначна кількість прозорої сіруватої рідини. Епікард блискучий з помірним відкладенням жиру під ним. Місцями він набряклий. Судини під епікардом звивисті. Серце розміром 8,5*9,2*4 см. Стінка правого шлуночку завтовшки 0,3 см., лівого – 0,9 см. У порожнині серця рожево-жовті згустки крові, вологі і еластичні. Клапани серця тонкі, блискучі, гладкі. М'яз серця буро-червоного кольору, щільний. Інтима аорти в області висхідного відділу блискуча, блідо-жовта гладка. У низхідному відділі тьмяна, шорстка, з великою кількістю бляшок білого і жовтого кольору різної величини, що частково розпадаються і виконаних кашкоподібним детритом.

У деяких виразках зеленувато-чорні шматочки вапна, хрусткі при розрізі. Ширина аорти над клапанами 7,5 см, висхідної частини – 7 см. Вінцеві артерії вогнищево потовщені, але прохідні». Вкажіть недолік в описовій частині.

- А) не вказана вага серця
- В) не вказана консистенція серця
- С) не вказаний колір клапанів
- Д) не описана інтима аорти
- Е) не вказаний колір серця

10. При розтині трупа доношеної новонародженої дівчинки шматочки з легенею занурювали у воду і вони тонули як і ціла легеня, занурена у воду. У чому необхідність вказувати цю процедуру у протоколі?

- А) встановити живонародження
- В) встановити мертвонародження
- С) процедуру проводити не обов'язково
- Д) процедуру проводити обов'язково для дорослих і дітей
- Е) процедуру проводити обов'язково для всіх померлих дітей

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Створити (намалювати, описати, накреслити) схему проведення аутопсії.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.
4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.
5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.
2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.
3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.
4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Грищук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.
5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія
9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology
10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>
11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 7. Методи патологоанатомічного розтину трупа. Особливості розтину трупа новонародженого, мертвонародженого або плоду.

Мета: Аутопсія має велике пізнавальне значення, оскільки сприяє накопиченню знань про патологію людини на органному, системному, тканинному, клітинному і субклітинному рівнях. Аутопсія дозволяє робити зіставлення клінічного і патологоанатомічного діагнозів, яке сприяє поліпшенню лікувально-діагностичних заходів в лікувальних установах і здійсненню контролю над діяльністю відділень лікарень. Аутопсія дозволяє робити зіставлення клінічного і патологоанатомічного діагнозів, яке сприяє поліпшенню лікувально-діагностичних заходів в лікувальних установах і здійсненню контролю над діяльністю відділень лікарень. Аутопсія дозволяє виявити дефект у веденні хворого, виявити помилки лікаря, здійснювати науковий контроль за лікувальною діяльністю, підвищити кваліфікацію лікарів.

Основні поняття: новонароджений, мертвонароджений, аутопсія, патологоанатомічний протокол

План

1. Теоретичні питання:

Методи патологоанатомічного розтину трупа

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 рукавички. 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 в'ясненням особливостей положення і взаєморозміщення органів, наявності 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 шиї 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 шиї, грудної, черевної порожнини і малого таза у вигляді єдиного суцільного комплексу. При дослідженні органи теж не відділяють один від одного, тобто зберігають анатоμο-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.

При розтині трупів методом повної евісцерації дотримується наступна послідовність:

- зовнішній огляд трупа;
- розрізи покривів тіла, розтин і огляд черевної порожнини;
- розтин і огляд грудної порожнини;
- видалення органів шиї, грудної і черевної порожнини у вигляді єдиного комплексу;
- дослідження органів видаленого органокomплексу;
- розтин і огляд порожнини черепа, видалення та дослідження головного мозку;
- розтин і огляд біляносових пазух;

- розтин і огляд хребетного каналу, видалення та дослідження спинного мозку;
- розтин кінцівок;
- прибирання трупа.

Дослідження кінцівок і хребетного каналу зі спинним мозком, біляносових пазух при розтині трупа проводять за особливими показаннями (з урахуванням особливостей клінічної картини захворювання і виявлених патологоанатомом змін в системах організму).

Внутрішнє дослідження трупа починають зазвичай з серединного розрізу шкіри шиї, грудей і живота. Для цього під лопатки лежачого на спині трупа підкладають металеву підставку. Патологоанатом, стоячи праворуч від трупа, робить по середній лінії розріз шкіри і підшкірної жирової клітковини малим ампутаційним ножем, який тримає майже горизонтально.

Найбільш поширеним є *серединний (прямий) розріз*, його починають на 3-4 см донизу від підборіддя і ведуть до рукоятки грудини (розтинаючи тільки шкіру), потім до мечовидного відростка, розрізаючи покриви до кістки. По передній стінці живота розріз продовжують по середній лінії вниз до лобкового симфізу, обходячи при цьому пупок зліва.

Окрім описаного вище серединного розрізу, в патологоанатомічній практиці застосовують інші. *Розріз за Лешке* дозволяє видалити органи шиї без пошкодження її шкіри: спочатку проводять напівкруглий розтин покривів від одного плеча до іншого плеча по другому межребір'ю. Від рівня другого межребір'я ніж ведуть вже в звичайному напрямі - по середній лінії до лобкового симфізу, обходячи пупок зліва. Від краю напівкруглого розрізу відсепаровують шкіру догори - до нижньої щелепи - завертаючи клапоть, що утворився, на обличчя трупа.

За *методом Фішера* на шиї роблять два розрізи, починаючи від сосковидних відростків; обидва розрізи сходяться під кутом у рукоятки грудини. Далі ніж ведуть по середній лінії, але, обійшовши пупок, знову роблять два розрізи у напрямку до пахових областей. При відсепаруванні верхнього трикутного клаптя відкривається широкий доступ до органів шиї і порожнини рота, нижнього клаптя - до судин пахових областей.

За *методом Медведєва* на шиї роблять два розрізи - від сосковидних відростків до акроміона лопаток, потім обидва сполучають поперечним розрізом. Клапоть, що утворився, відсепаровують до кореня носа, після чого можна досліджувати як органи шиї, так і щелепи та обличчя, не спотворюючи труп.

ІНСТРУКЦІЯ 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 шляхом (ножицями, кінці яких загнуті під кутом), робиться отвір в ділянці лямбоподібного шва і по горизонтальній лінії проводиться розріз тіміяної та лобової кісток разом із твердою мозковою оболонкою. Дійшовши до середини лобової кістки, кінці ножиць повертають назад і розрізають лобову та тіміяну 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 стовбурова частина мозку разом з мозочком та довгастим мозком. Можливі й інші методи розтину черепа, що гарантують від штучних посмертних 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. 152 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-міязового 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. Трупви викиднів масою тіла від 500 г і більше, новонароджених, мертвонароджених та дітей, що померли безпосередньо після пологів, доставляються в паталогоанатомічне 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 й 2-3 шматочки, плацента й 6-12 шматочків із різних зон)

Питання для самоконтролю

1. Алгоритм патологоанатомічного розтину.
2. Метод евісцерації по Шору.
3. Метод евісцерації по Абрикосову.
4. Порядок розтину трупів дітей раннього віку,
5. Порядок розтину трупів новонароджених,
6. Порядок розтину трупів мертвонароджених,
7. Порядок розтину трупів викиднів.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий останні 2 роки лікувався від хронічного алкоголізму. Зараз скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї, збільшення об'єму живота, шкірне свербіння. Лікар провів біопсію печінки. Виявив порталний цироз печінки. Виберіть вид біопсії в даному випадку:

- A) щипцева біопсія
- B) інцизійна біопсія
- C) пункційна біопсія
- D) ексцизійна біопсія
- E) ендоскопічна біопсія

2. Чоловік з раннього дитинства страждав на бронхоектатичну хворобу. Останнім часом скаржиться на болі в поперековій області, зміну кольору і кількості сечі. При обстеженні на УЗД нирки збільшені, щільні. Яким видом біопсії можна уточнити патологічний процес, що розвився у нирках?

- A) трепан-біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) ендоскопічна біопсія
- E) дослідження виділень (сечі)

3. Чоловікові 55 років проведена біопсія, в ході якої в лівому головному бронху виявлена екзофітна пухлина, що звужує просвіт бронха на 2/3. Гістологічно - рак бронха. Назвіть вид біопсії, при якій були отримані шматочки пухлини:

- A) інцизійна біопсія
- B) пункційна біопсія
- C) щипцева або ендоскопічна біопсія

- D) трепан-біопсія
- E) мазрк-відбиток

4. У хірургічне відділення доставлена жінка 32 років, з скаргами на гострі нападоподібні болі в правій нижній частині живота, нудоту, блювоту. Проведена аппендектомія. Гістологічно - поверхневий апендицит. Назва біопсії у даному випадку?

- A) інцизійна біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) мазок-відбиток
- E) кюретаж

5. Чоловік тривалий час страждав на виразкову хворобу шлунку. При ендоскопічному дослідженні, у біоптаті - хронічний гастрит. Краї виразки ущільнені з пухлиноподібним потовщенням. Біопсійний матеріал був доставлений у патологоанатомічне відділення наприкінці робочого дня, лікар не був попереджений. Чим фіксувати матеріал?

- A) нейтральний формалін
- B) 10% розчин алкоголю
- C) розчин сулеми
- D) хлорамін
- E) 96% спирт

6. Чоловік 60 років, впродовж декількох років відзначав напади кашлю, відхождення в'язкої мокроти. При дослідженні бронхів відмічені ділянки розростання грануляційної тканини, що вибухає в просвіт бронха у вигляді поліпа. У один з нападів кашлю хворого в мокроті виявив щільний шматочок тканини. Гістологічне дослідження шматочка тканини підтвердило діагноз - поліп слизової оболонки з фокусами малігнізації. Як назвати такий вид відторгнення патологічних тканин?

- A) аспіраційна біопсія
- B) кюретаж
- C) випадкова біопсія
- D) пункційна біопсія
- E) інцезійна біопсія

7. У чоловіка 35 років впродовж 1,5 місяця спостерігався кашель, з великою кількістю мокроти. Рентгенологічно в лівій плевральній порожнині наявність ексудату. Який вид біопсії дасть можливість досліджувати характер ексудату?

- A) мазок-відбиток
- B) біопсія шляхом масажу
- C) катетерізаційна біопсія
- D) аспіраційна біопсія

Е) кюретаж

8. У хворої 30 років, під час операції з приводу пухлини молочної залози, був виявлений ущільнений збільшений лімфовузол поблизу операційного поля. Видалений лімфовузол хірург направив на експрес-дослідження. Чи правильно поступив хірург в даному випадку?

- А) не можна обробляти експрес-методом лімфатичні вузли
- В) в даному випадку це необхідно
- С) впливає біопсія на хід операції в даному випадку
- Д) експрес-біопсія без попередження патологоанатома можлива
- Е) немає складності в проведенні cito-діагностики лімфовузлів

9. У молодій жінки виявлена пухлина лівого яєчника. Під час операції пухлина (кіста) була великою 30*30 мм, з щільною капсулою. Хірург коливався чи потрібно послати на експрес-біопсію шматочок цього утворення. Ваша думка?

- А) можливо надіслати на експрес-біопсію 1 шматочок кісти
- В) можна досліджувати багато шматочків з кісти яєчника
- С) не слід на себе брати відповідальність за термінове дослідження
- Д) краще зробити термінові препарати на заморожуючому мікротомі
- Е) експрес-біопсія не змінить хід операції

10. В отоларингологічному відділенні, хворому хлопчикові 12 років, була призначена біопсія з пухлини правої вушної раковини, з виразкою, гнійним виділенням, іноді з домішкою крову. Як узяти матеріал на аналіз?

- А) кюретаж
- В) біопсія шляхом масажу і тиску
- С) біопсія шляхом зішкріб шпателем
- Д) біопсія шляхом використання губки або тампона для перенесення клітин на наочне скло, якщо прикласти скло на рану не вдається
- Е) дослідження виділень

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Скласти орієнтовну карту патоморфологічного дослідження тканин при неопластичних процесах різних органів.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво:

Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х П. – 2019. – 512с.

4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.

5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 8. Патоморфологічні основи реанімації та інтенсивної терапії, їх зв'язок з судово-медичною оцінкою змін органів та тканин.

Мета: Протягом життя людина підпадає під вплив різних екзогенних і ендогенних факторів надзвичайної сили, тривалості або незвичайного, незвичного характеру. Дія екстремальних чинників призводить до розвитку або

адаптації до даного фактору, або - екстремального (критичного, невідкладного) стану.

- Основні поняття:**
1. Термінальні стану організму: кома, асфіксія, шок, шоківі реакції, агонія, клінічна та біологічна смерть.
 2. Хвороби жвавого організму: Реанімація, реанімаційна патологія, аноксичного енцефалопатія, «респіраторний мозок», серцево-легеневої синдром, печінково-нирковий синдром, шлунково-кишковий синдром.
 3. Раптова серцева смерть: Раптова серцева смерть, фібриляція шлуночків, тріпотіння шлуночків, асистолія, електромеханічна дисоціація серця.

План

1. Теоретичні питання:

Термінальні стани - це важкі невідкладні стани, при яких організм знаходиться між життям і смертю, і самостійний вихід організму з таких станів неможливий.

До термінальних станів відносяться:

1. кома
2. асфіксія
3. шок і шоківі реакції (колапс, непритомність).
4. Агонія
5. клінічна смерть
6. біологічна смерть

Такі стани вимагають проведення невідкладних реанімаційних заходів.

Колапс - гостра форма судинної недостатності, що характеризується падінням тонуусу судин і зменшенням маси (обсягу) циркулюючої крові (ОЦК). Внаслідок швидкого зменшення ОЦК зменшується приплив венозної крові до серця, падає АТ і ЦВД, що призводить до гіпоксії тканин, в першу чергу - головного мозку, з пригніченням важливих функцій організму.

Види колапсу:

1. Ортостатичний - за рахунок різкого відтоку крові з голови при зміні положення з горизонтального на вертикальний.
2. Інфекційно-токсичний - при септичних станах.
3. Кардіогенний - при гострих захворюваннях серця.
4. Панкреатогенний - при гострому панкреатиті.
5. Інтоксикаційний - при різних інтоксикаціях.

Клініка: колапс характеризується раптової загальною слабкістю, запамороченням, блідістю шкірних покривів. Розвиваються задишка, тахікардія, падають АТ і ЦВД, з'являється холодний липкий піт. Свідомість зазвичай збережено, рідше - затуманила.

Лікування: Хворого необхідно укласти під ухилом: голова нижче тулуба для поліпшення притоку крові до голови. Призначають адреналін, норадреналін - для поліпшення тону судин, серцеві препарати, з метою підвищення АТ можливе переливання поліглюкіну, желатиноля, відновлюють ОЦК.

Непритомність - раптова короткочасна втрата свідомості, обумовлена тимчасовою гіпоксією головного мозку. Носить рефлекторний характер, і виникає при переляку, побачивши кров, очікуванні болю, при задусі і т.д.

Клініка: непритомність супроводжується блідістю шкірних покривів, холодним потом, зниженням артеріального тиску і ослабленням пульсу, розширення зіниць, втратою свідомості.

Лікування: хворого необхідно укласти, дати вдихнути нашатирний спирт, забезпечити приплив свіжого повітря, звільнити від одягу, що стискає. Медикаментозного лікування непритомність не вимагає.

Шок - патологічний процес, що розвивається внаслідок впливу надзвичайних зовнішніх або внутрішніх факторів, що виявляється перепорушенням і гальмуванням ЦНС, гіпотензією, гіперперфузією мікроциркуляторного русла, гіпоксією органів та тканин.

За етіологічним ознакою розрізняють шок:

1. Травматичний

2. Опіковий
3. Анафілактичний
4. Бактеріально-токсичний (септичний)
5. Геморагічний
6. Гемотрансфузійних
7. Кардіогенний
8. Панкреатогенний
9. Гіповолемічний.

Протягом шоку розрізняють 3 фази:

1-я фаза - еректильна: характеризується порушенням хворих, почастищенням пульсу, короточасним підйомом артеріального тиску, порушенням мікроциркуляції, задишкою. Еректильна фаза нетривала.

2-я фаза - торпидная: характеризується гальмуванням нервової системи, за рахунок чого падає АТ, зменшується ОЦК, пульс слабкий і ниткоподібний, хворі стають адинамічними, сонливими, рефлекси пригнічені.

3-тя фаза - термінальна (паралітична): відбувається зрив компенсаторних можливостей організму, артеріальний тиск падає нижче критичного рівня, пульсація периферичних судин не визначається, шкірні покриви набувають мармуровий колір. Надалі настає летальний результат. Ряд авторів 3-ю фазу окремо не виділяє.

По тяжкості перебігу розрізняють 4 ступеня шоку:

шок 1 ступеня: стан хворих середньої тяжкості, пульс 80-100 ударів в хвилину, систолічний тиск 100 мм.рт.ст.

шок 2-го ступеня: стан хворих тяжкий, пульс 100-110 ударів в хвилину, систолічний тиск 80-100 мм.рт.ст.

шок 3 ступеня: стан хворих вкрай тяжкий, пульс 110-120 ударів в хвилину, систолічний тиск 60-80 мм.рт.ст.

шок 4 ступеня: стан хворих практично предагональное, пульс ниткоподібний більше 120 ударів в хвилину або не визначається на периферичних артеріях,

артеріальний тиск менше 60 мм.рт.ст. або не визначається.

Крім того, тяжкість шоку поділяють на 3 ступені з шокowego індексу (ШІ) - це відношення пульсу PS до систолі тиску АТ. У нормі ШІ = 0,5 (PS-60: АД-120). Шок 1 ступеня відповідає ШІ = 1,0 (PS-100: АД-100). Шок 2 ступені відповідає ШІ = 1,5 (PS-120: АД-80). Шок 3 ступені відповідає ШІ більше 1,5 (PS більше 120: АТ менше 80).

Лікування: при шоці необхідна невідкладна допомога, яка полягає:

- в усуненні (по можливості) причини шоку (наркотичні анальгетики, іммобілізація і новокаїнові блокади при переломах, припинення переливання крові - при гемотрансфузійних шоці і т.д.).
- в застосуванні судинозвужувальних препаратів (адреналін, норадреналін).
- в застосуванні кортикостероїдних гормонів (преднізолон 80-120 мг).
- в застосуванні антигістамінних препаратів (димедрол, піпольфен).
- вливання протишовкових розчинів (поліглюкін, желатиноль).
- в переливанні білкових препаратів (альбумін, плазма).
- попередження ДВС-синдрому (гепарин, контрикал).

При важких ступенях шоку проводиться наркоз зі штучною вентиляцією легенів.

Агонія - період, коли артеріальний тиск прогресивно знижується, зменшується частота серцевих скорочень, пульс стає рідкісним, свідомість пригнічена.

Надалі знижується тонус мускулатури, розслабляються сфінктери, виникають мимовільне сечовипускання і виділення калу. В результаті застою крові в легенях підвищується проникність судин малого кола кровообігу, наростає набряк легенів і дихання стає вируючу хрипким. Через тяжкої гіпоксії та пригнічення дихального центру з'являється атональне дихання, згасають рефлекси, зокрема реакція зіниць на світло. Надалі розвивається клінічна смерть.

Клінічна смерть - оборотний етап вмирання, для якого характерна зупинка дихання і кровообігу, але збереження протягом деякого часу можливості відновлення життя.

Цей етап вмирання триває 5-6 хв, протягом яких зберігається життєздатність мозку. При повільному вмирання клінічної смерті передує агонія.

Біологічна смерть - незворотний етап вмирання, який настає за клінічною смертю і характеризується припиненням обміну речовин в мозку, а потім і в інших органах, в тканинах яких розвиваються незворотні, несумісні з життям зміни.

Патологічна анатомія.

Біологічна смерть проявляється рядом ознак. До них відносяться охолодження трупа, трупне висихання, трупні гіпостаз, трупні плями, трупне задубіння, посмертний аутолиз і трупне розкладання, гниття тканин і трупне розкладання.

Охолодження трупа до температури навколишнього середовища починається через деякий час після зупинки дихання і кровообігу. Це відбувається у зв'язку з припиненням обміну речовин, утворення енергії і тепла.

Трупне висихання починається в результаті віддачі вологи в навколишнє середовище. При цьому мутніє рогівка очей, на шкірі з'являються жовто-бурі «пергаментні» плями.

Трупні гіпостаз - багряно-фіолетові плями, зникаючі при натисканні, розвиваються через 3-5 год в результаті перерозподілу крові: ліві камери серця запустевають, а в його правих камерах утворюються блискучі гладкі згортки крові червоного або жовтого кольору. Артерії також запустевають, а вени нижележащих частин тіла переповнюються кров'ю.

Трупні плями розвиваються в результаті посмертного гемолізу еритроцитів: плазма крові, що містить гемоглобін, виходить з вен і просочує тканини, після чого трупні гіпостаз вже не зникають при натисканні.

Трупне задубіння починається через 2-6 години після смерті. Воно з'являється в м'язах особи і поступово поширюючись на м'язи тулуба і нижніх кінцівок, через 24-32 год захоплює всю мускулатуру. М'язи стають дуже щільними, втрачають еластичність і еластичність. Швидкість і характер трупного задубіння залежать від різних причин - температури навколишнього середовища, характеру хвороби і стану хворих перед смертю. Так, у виснажених, ослаблених хворобою

померлих, а також у маленьких дітей трупне задубіння може бути виражено слабо. У недоношених плодів трупне задубіння взагалі не розвивається. Після смерті від деяких інфекційних хвороб (правець, холера) трупне задубіння розвивається швидко і виражено дуже різко. Через 2-3 доби трупне задубіння зникає.

Посмертний аутолиз і трупне розкладання розвиваються в загиблих тканинах трупа. Ці зміни раніше виникають в органах, що містять багато протеолітичних ферментів, - в печінці, підшлунковій залозі, шлунку.

Гниття тканин обумовлено гнильними процесами в результаті розкладання бактерій кишечника в тканинах трупа. Вони розплавляються, набувають брудно-зелене забарвлення і смердючий запах.

Трупне розкладання характеризується тим, що утворюються в результаті гниття газу просочують тканини трупа, накопичуються в порожнинах. Труп роздувається, іноді до величезних розмірів.

Реанімація - відновлення життєво важливих функцій організму.

ХВОРОБИ ОЖИВЛЕННОГО ОРГАНІЗМУ.

Постреанимационной хвороба.

Виникаючі в постреанимационном періоді порушення функцій органів і тканин нашаровуються на прояви основної хвороби, що викликала клінічну смерть. При цьому постреанимационні порушення нерідко виражені більш інтенсивно, ніж зміни, пов'язані з основним захворюванням. Такі розлади проявляються переважним ураженням тієї чи іншої фізіологічної системи у вигляді певних синдромів.

Аноксична енцефалопатія - пошкодження головного мозку внаслідок важкого кисневого голодування - одна з основних причин загибелі хворих в постреанимационном періоді.

В основі цієї поразки мозку лежать його набряк і набухання, що виникають внаслідок гіпоксії, підвищення проникності судин і виходу рідини із судин в

тканину мозку. Виникають поширені ішемічні ушкодження головного мозку, закінчуються загибеллю нейронів і розпадом волокон білої речовини. Ці порушення розвиваються переважно в корі великого мозку і мозочку. Важкі ушкодження кори призводять до різкого пригнічення, а в подальшому і до випадання її функцій - децеребрації. Цей стан називається «мозковий смертю», бо необоротна децеребрація при працюючому серці означає загибель людини як соціальної істоти, так як тільки функції головного мозку визначають психічну діяльність і індивідуальність людини. Поряд з цим децеребрація зазвичай закінчується припиненням дихання.

Якщо при збереженій серцевій діяльності відбувається зупинка дихання і тривалий час використовується штучна вентиляція легенів, можуть розвиватися ще більш глибокі пошкодження головного мозку - «респіраторний мозок».

Спостерігається зміщення мозку в результаті його деформації при набряку і набуханні, утворення вогнищ розпаду нервової тканини. Можливий також частковий некроз тканини мозку, найчастіше це симетричний некроз підкіркових утворень. У вкрай важких випадках виникає некроз всього головного мозку. Речовина його набуває характеру безструктурної напіврідкої маси, укладеної в мозкові оболонки. Рефлекторна діяльність. ЦНС відсутня, немає власного дихання, зникає біоелектрична активність мозку. Мозковий кровотік різко порушений або повністю вимкнений, хоча серцева діяльність може зберегтися тривалий час. В кінцевому підсумку настає зупинка серця. Необоротна децеребрація, а тим більше тотальний некроз головного мозку несумісні з життям.

Серцево-легеневий синдром часто виникне після реанімації навіть при відсутності важких уражень мозку. Він проявляється і недостатністю функції серця і легенів.

Ураження серця в постреанімаційному періоді пов'язані з білковою і жирною дистрофією міокарда, загибеллю груп кардіоміоцитів. Ці розлади виникають внаслідок гіпоксії міокарда та його перевантаження через порушення кровообігу в малому колі. Гіпоксія тканини легенів в постреанімаційному періоді

обумовлює порушення мікроциркуляції і розвиток тромбозів. На цьому тлі внаслідок тривалого застосування штучної вентиляції легенів в них нерідко розвиваються бронхопневмонія, абсцеси та ін. Закупорка дрібних бронхів слизом і клітинним детритом, пошкодження альвеолярно-капілярних мембран, бронхопневмонія призводять до недостатності газообмінної функції легень.

Печінково-нирковий синдром виникає в постреанимационній періоді разом з аноксичною енцефалопатією і серцево-легеневим синдромом, посилюючи їх перебіг.

Недостатність функції печінки і нирок розвивається в результаті розладів кровообігу. Спостерігаються застій крові в системі ворітної вени, дифузна білкова і жирова дистрофія гепатоцитів, вогнища некрозу в печінці поряд з різким порушенням мікроциркуляції. У нирках виникають ішемія і вогнища некрозу. Особливо важкі розлади функції нирок спостерігаються при розпаді великої маси скелетних м'язів, який з'являється при вмиранні і поживленні організму внаслідок порушення мікроциркуляції і пов'язаного з цим некрозу м'язів спини, плечового пояса, сідниць і стегон. Розплавлення м'язових клітин (міоліз) призводить до появи в плазмі крові білка м'язів - міоглобіну і виділенню його нирками. В результаті цього виникає закупорка канальців цим білком, некротизований епітелієм канальців і порушується видільна функція нирок (міоглобінурійного нефроз). Недостатність печінки та нирок сприяє накопиченню в крові токсичних продуктів обміну речовин, зміни КЩР і іонної рівноваги, білкового складу крові, що ускладнює перебіг енцефалопатії та серцево-легеневої недостатності.

Шлунково-кишковий синдром в постреанимационному періоді зустрічається рідше, ніж інші розлади. Внаслідок порушення загального кровообігу, застою крові в порталній системі і розладів мікроциркуляції в шлунку і дванадцятипалій кишці можуть виникати кровоточать ерозії і виразки. Можливо прорив виразки шлунка або кишечника з розвитком гнійного перитоніту. В останні роки в постреанимационному періоді в тонкій кишці все частіше виявляються великі некрози з геморагічним просочуванням, в основі яких

лежить тромбоз венул, що поширюється на великі судини, аж до ворітної вени.

РАПТОВА СЕРДЦЕВА СМЕРТЬ.

Раптова серцева смерть (sudden cardiac death; раптова коронарна смерть)- природно наступив летальний результат захворювання серцево-судинної системи протягом однієї години від початку свого розвитку в осіб, що знаходилися до цього в стабільному стані (при відсутності ознак, що дозволяють поставити інший діагноз).

У 1964 році групою експертів ВООЗ вперше було рекомендовано уніфіковане визначення раптової смерті, згідно з яким ненасильницька смерть здорового чи хворого, який перебував в задовільному стані, що настає несподівано протягом 6 годин, відноситься до раптової. Через кілька років було запропоновано вважати раптовою смертю природну смерть, що настала несподівано в межах 24 годин від початку гострих симптомів.

До раптової серцевої смерті відносять випадки раптового припинення серцевої діяльності, які характеризуються такими ознаками:

- смерть наступила в присутності свідків в межах однієї години після виникнення перших загрозливих симптомів
- перед настанням смерті стан хворих оцінювався оточуючими як стабільний і не викликає серйозних побоювань
- смерть сталася при обставинах, що виключають інші її причини (насильницька смерть, травми, інші смертельні захворювання)

Етіологія:

Велике значення в розумінні виникнення летального результату мають етіологічні фактори ризику. Серед виявлених чинників ризику по ВКС на перше місце виходить інфаркт міокарда і його ускладнення, такі як кардіогенний шок, набряк легенів, порушення серцевого ритму, також може бути поєднання кардіогенного шоку з набряком легень або порушення ритму з набряком легенів. На другому місці стоять порушення ритму (миготлива аритмія), третє місце займають кардіоміопатії, на четвертому місці - стенокардія та пороки серця, на п'ятому місці - тромбоемболія стовбура легеневої артерії. Крім цього виділяють

й інші фактори ризику, такі як міокардит, порушення провідності неясної етіології (повна атріовентрикулярна блокада, синдром подовженого Q-T), постміокардітескій кардіосклероз, пролапс мітрального клапана.

Морфологічні дослідження у раптово померлих показали, що найбільш частим етіологічним фактором раптової смерті є ІХС, причому тяжкість атеросклеротичного ураження коронарних артерій і змін міокарда служить одним з важливих факторів ризику раптової смерті. У більшості випадків у раптово померлих виявляються осередки гострих ішемічних змін міокарда. Рідше раптова аритмічна смерть відзначається у хворих на ревматичні і вродженими вадами серця, постміокардітескім кардіосклерозом, обструктивної і дилатационної кардіоміопатіями, алкогольної дистрофією міокарда, а також у хворих з синдромами перезбудження шлуночків і подовженого інтервалу Q-T, пролапсом мітрального клапана та ін.

Відомі окремі випадки раптової смерті аритмічного осіб без органічної патології серця.

Аналіз даних моніторингу ЕКГ в момент настання раптової зупинки кровообігу показує, що приблизно в 90 відсотках випадків механізмів останнього є фібриляція шлуночків, якої частіше передують епізоди пароксизмальної шлуночкової тахікардії, що переходить в тріпотіння шлуночків. Іноді шлуночкова тахікардія, що передують фібриляції, має на ЕКГ двоспрямованістю-веретеноподібну форму (типу "пірует"). У значній частині випадків безпосередньо перед розвитком фібриляції шлуночків реєструються шлуночкові екстрасистоли, особливо залпи поліморфних комплексів, що починаються з раннього позачергового скорочення. Рідше фібриляції шлуночків розвивається внаслідок гострого порушення внутрішньошлуночкової провідності. На ЕКГ при цьому спостерігається прогресуюче розширення комплексів QRS, а потім з'являються тріпотіння і фібриляція шлуночків. Це явище може виникати внаслідок застосування антиаритмічних засобів, що уповільнюють внутрішньошлуночкову провідність.

Одним з можливих механізмів раптової смерті аритмічного є асистолія шлуночків. За даними різних авторів, первинна асистолія шлуночків відзначається в 5-20 відсотках випадків раптової зупинки кровообігу. Асистолія шлуночків може бути наслідком атріовентрикулярної блокади або слабкості синусового вузла. Розвитку асистолії серця може сприяти ектопічна аритмія, гнітюча функцію мінусового вузла або атріовентрикулярну провідність. Так, асистолія іноді виникає після одиничної екстрасистоли або групи екстрасистол, на тлі пароксизму суправентрикулярної або шлуночкової тахікардії, мерехтіння або тріпотіння передсердь.

Основні електрофізіологічні механізми ВКС :

1. Фібриляція шлуночків. Безпосередньою причиною фібриляції є гостра коронарна недостатність, внаслідок тромбозу коронарної артерії, різкого підвищення потреби міокарда в кисні, зниження систолічного і діастолічного тиску, перфузійного коронарного тиску, коронароспазма. Фібриляція шлуночків характеризується безладним збудженням окремих м'язових волокон і відсутністю координаційного скорочення шлуночків .
 2. Тріпотіння шлуночків. Координовані скорочення шлуночків ще відбуваються, однак частота їх велика (200-300 в хв.) І не відбувається систематичного викиду крові в аорту. У 75% випадків тріпотіння переходить в фібриляцію шлуночків.
 3. Асистолія серця - повне припинення скорочень серця, його зупинка. Вона обумовлена порушенням функції автоматизму водіїв ритму 1-го, 2-го, 3-го порядків (слабкість синусового вузла з відсутністю функціонування або виснаженням функції нижчих водіїв ритму).
 4. Електромеханічна дисоціація серця - це припинення насосної функції лівого шлуночка при збереженні ознак електричної активності серця (поступово истощающейся синусовий вузловий або ідіовентрикулярний ритм, що переходить в асистолію).
2. Найбільш частим механізмом розвитку ВКС є фібриляція шлуночків, яка

може виникнути як на тлі гострої ішемії міокарда, так і можливо без неї. Інші механізми (асистолія, електромеханічна дисоціація), як правило, розвиваються у хворих на тлі інших важких ускладнень (шок, серцева недостатність, порушення передсердно-шлуночкової провідності і розрив міокарда).

3. Виникнення фібриляції шлуночків (ФШ) пояснюється або виникненням умов для ектопічного освіти імпульсу, або для механізму рієнтрі. Ектопічні вогнища можуть виникати в результаті посилення автоматизму або появи різних типів залишкових осциляцій. Механізм рієнтрі виникає, якщо передчасний імпульс призводить до порушення фронту поширення хвилі збудження.
4. Як в інтактном серце, так і в умовах організму, поодинокі електричні імпульси викликають одиничний відповідь, однак надпорогові стимули, що наносяться в короткий уразливий період серцевого циклу, індукують множинні відповідні скорочення і ФЖ. При ГІМ або гострої ішемії поріг повторного відповіді знижується, залишаючись значно вище, ніж поріг одиничного відповіді. У зв'язку з цим можна постулювати електричну нестабільність міокарда (ЕНМ), коли стимул порогової інтенсивності індукує в серці повторювану електричну активність (Б. Лаун, 1983). Іншими словами електрична нестабільність міокарда - це зниження порога виникнення ФЖ.

Патоморфологічні зміни при раптової смерті.

Як критерій стенотичного поразки приймається зменшення просвіту судини на 50 відсотків і більше.

Найчастіше стенози локалізуються в передній низхідній гілці лівої коронарної артерії, не так часто в правій коронарної артерії і в гілки лівої коронарної артерії. Атеросклеротическое стенозирование основного стовбура лівої артерії і гирла коронарної артерії рідко є єдиним місцем значної обструкції при раптової смерті. Робертс і Буя Л.М. встановили, що атеросклеротичний процес захоплює тільки

екстрамуральні судини. В артеріях, що відходять перпендикулярно до ендокардиту, вони не виявили змін, які можна було б віднести до атеросклеротичних. У ряді інших досліджень відзначено, що патологічні зміни в інтраміокардіальних артеріях як основне ураження судин при раптової смерті зустрічаються рідко і практично будь-коли існують ізольовано від атеросклеротичного ураження епікардіальних коронарних артерій. Відсутність гострих змін в основних гілках коронарних артерій в більшості випадків раптової смерті вказує на наявність інших причин, що обумовлюють появу електрофізіологічних порушень, які в кінцевому підсумку призводять до фібриляції шлуночків. При такій постановці питання слід вважати правомірним припущення, що фатальні порушення ритму серця в таких випадках, можливо, є результатом порівняно невеликих вогнищ ішемії внаслідок емболізації дрібних судин або освіти в них дрібних тромбів. Джерелом дрібних емболів може служити із'язвіться бляшка в аорті або великих стовбурах коронарних артерій. Раптове виникнення фібриляції шлуночків важко пояснити лише довготривалим поразкою коронарних артерій.

Відсутність свіжого тромбозу коронарних артерій вимагає пошуку інших причин, що пояснюють безпосередню причину раптової смерті. У зв'язку з цим може бути висловлено кілька гіпотез.

Одна з них передбачає, що можливою причиною є гостра ішемія міокарда, яка виникає у зв'язку з підвищенням потреби міокарда в кисні при фізичному, психоемоційної або іншого характеру (прийом алкоголю) навантаженні, що супроводжується різким викидом катехоламінів, і яка не може бути вирізана адекватним збільшенням коронарного кровотоку через значне звуження просвіту артерії.

Друга гіпотеза пов'язує раптово наступаючу смерть зі зниженням коронарного кровотоку через значне зниження рівня артеріального тиску, що може відбуватися під час спокою або сну. Невідповідність між потребою в кисні виникають спазмом коронарної артерії. Непрямі дані вказують на те, що у різних

груп хворих фатальну роль можуть грати всі перелічені фактори.

Патологічна анатомія.

У більшості випадків ВКС у хворих на ішемічну хворобу серця виявляється стенотическое ураження основних стовбурів коронарних артерій. Стенози частіше локалізуються в передній низхідній гілці лівої коронарної артерії, дещо рідше - в правій і гілки лівої. Мають місце також крововиливи в атеросклеротичні бляшки, надриви і розриви їх фіброзного кільця, невеликі пристінкові тромби. Тромбоз коронарних артерій виявляється в 10-50 відсотках випадків ВКС. Серед померлих від ВКС, за даними Мазура Н.А., Жукова В.М. (1976), Вихерта А.М. (1980) ГІМ виявляється в 13 -40 відсотках, великі постінфарктний рубці - в 34-49 відсотках випадків. Часто виявляються структурні зміни в поодиноких м'язових клітинах або невеликих клітинних групах. У більшості випадків збільшена маса серця.

Рідкісної причиною ВКС можуть бути аномалії розвитку коронарних артерій, аневризма аорти з поширенням на коронарні судини, артеріїти, емболія коронарних судин та ін. Причини. При прижиттєвому подовженні інтервалу Q-T на розтині в ряді випадків знаходять ураження внутрішньосерцевих нервів, вузлів.

Морфологічні основи фібриляції шлуночків і аритмій

Причини раптової коронарної смерті: фібриляція шлуночків (в 80% випадків), асистолія або електромеханічна дисоціація, кардіоміопатії (10-20%).

Фібриляція шлуночків розвивається раптово, симптоми з'являються послідовно: зникнення пульсу на сонних артеріях, втрата свідомості, одноразове тонічне скорочення скелетних м'язів, порушення і зупинка дихання. Реакція на своєчасну серцево-легеневу реанімацію позитивна, на припинення серцево-легеневої реанімації - швидка негативна.

Електромеханічна дисоціація при масивної тромбоемболії легеневої артерії розвивається раптово (часто в момент фізичної напруги) і проявляється

припиненням дихання, відсутністю свідомості і пульсу на сонних артеріях, різким ціанозом верхньої половини тіла, набуханням шийних вен. При своєчасному початку серцево-легеневої реанімації визначаються ознаки її ефективності.

Електро механічна дисоціація при розриві міокарда та тампонадісерця розвивається раптово, зазвичай на тлі тривалої, рецидивуючого ангінозного нападу. Ознаки ефективності серцево-легеневої реанімації відсутні. У нижчих частинах тіла швидко з'являються гипостатические плями. Проблема раптової серцевої смерті, що привертала увагу кардіологів протягом багатьох десятиліть, знову гостро постала в останні роки, коли проведені під керівництвом ВООЗ широкі епідемічні дослідження продемонстрували значну частоту раптової смерті серед дорослого населення. Відповідно до морфологічним даним, при раптової смерті в серце часто відсутні несумісні з життям зміни, у багатьох випадках раптової зупинки кровообігу при своєчасному застосуванні реанімаційних заходів можливе повернення до життя. Проводяться широкі дослідження, спрямовані на розробку заходів щодо профілактики раптової смерті кардіологічних хворих.

Питання для самоконтролю

1. Вміти розрізнити колапс, непритомність, кому.
2. Що таке шок, стадії шоку, морфологічні прояви.
3. Що таке агонія, її патогенез.
4. Пояснити різницю між клінічної та біологічної смертю.
5. Що таке реанімація, постреанімаційні хвороби, що до них відносять.

Механізми розвитку.

6. Що таке раптова серцева смерть. Механізм, причини розвитку.

Патоморфологічні ознаки.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий останні 2 роки лікувався від хронічного алкоголізму. Зараз скаржиться на тупий біль в правому підребер'ї, збільшення об'єму живота, шкірне свербіння. Лікар провів біопсію печінки. Виявив портальний цироз печінки. Виберіть вид біопсії в даному випадку:

- A) щипцева біопсія
- B) інцизійна біопсія
- C) пункційна біопсія
- D) ексцизійна біопсія
- E) ендоскопічна біопсія

2. Чоловік з раннього дитинства страждав на бронхоектатичну хворобу. Останнім часом скаржиться на болі в поперековій області, зміну кольору і кількості сечі. При обстеженні на УЗД нирки збільшені, щільні. Яким видом біопсії можна уточнити патологічний процес, що розвився у нирках?

- A) трепан-біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) ендоскопічна біопсія
- E) дослідження виділень (сечі)

3. Чоловікові 55 років проведена біопсія, в ході якої в лівому головному бронху виявлена екзофітна пухлина, що звужує просвіт бронха на 2/3. Гістологічно - рак бронха. Назвіть вид біопсії, при якій були отримані шматочки пухлини:

- A) інцизійна біопсія
- B) пункційна біопсія
- C) щипцева або ендоскопічна біопсія
- D) трепан-біопсія
- E) мазрк-відбиток

4. У хірургічне відділення доставлена жінка 32 років, з скаргами на гострі нападоподібні болі в правій нижній частині живота, нудоту, блювоту. Проведена аппендектомія. Гістологічно - поверхневий апендицит. Назва біопсії у даному випадку?

- A) інцизійна біопсія
- B) ексцизійна біопсія
- C) щипцева біопсія
- D) мазок-відбиток
- E) кюретаж

5. Чоловік тривалий час страждав на виразкову хворобу шлунку. При ендоскопічному дослідженні, у біоптаті - хронічний гастрит. Краї виразки ущільнені з пухлиноподібним потовщенням. Біопсійний матеріал був доставлений у патологоанатомічне відділення наприкінці робочого дня, лікар не був попереджений. Чим фіксувати матеріал?

- A) нейтральний формалін

- В) 10% розчин алкоголю
- С) розчин сулеми
- Д) хлорамін
- Е) 96% спирт

6. Чоловік 60 років, впродовж декількох років відзначав напади кашлю, відходження в'язкої мокроти. При дослідженні бронхів відмічені ділянки розростання грануляційної тканини, що вибухає в просвіт бронха у вигляді поліпа. У один з нападів кашлю хворого в мокроті виявив щільний шматочок тканини. Гістологічне дослідження шматочка тканини підтвердило діагноз - поліп слизової оболонки з фокусами малігнізації. Як назвати такий вид відторгнення патологічних тканин?

- А) аспіраційна біопсія
- В) кюретаж
- С) випадкова біопсія
- Д) пункційна біопсія
- Е) інцезійна біопсія

7. У чоловіка 35 років впродовж 1,5 місяця спостерігався кашель, з великою кількістю мокроти. Рентгенологічно в лівій плевральній порожнині наявність ексудату. Який вид біопсії дасть можливість досліджувати характер ексудату?

- А) мазок-відбиток
- В) біопсія шляхом масажу
- С) катетерізаційна біопсія
- Д) аспіраційна біопсія
- Е) кюретаж

8. У хворої 30 років, під час операції з приводу пухлини молочної залози, був виявлений ущільнений збільшений лімфовузол поблизу операційного поля. Видалений лімфовузол хірург направив на експрес-дослідження. Чи правильно поступив хірург в даному випадку?

- А) не можна обробляти експрес-методом лімфатичні вузли
- В) в даному випадку це необхідно
- С) впливає біопсія на хід операції в даному випадку
- Д) експрес-біопсія без попередження патологоанатома можлива
- Е) немає складності в проведенні cito-діагностики лімфовузлів

9. У молодій жінки виявлена пухлина лівого яєчника. Під час операції пухлина (кіста) була великою 30*30 мм, з щільною капсулою. Хірург коливався чи потрібно послати на експрес-біопсію шматочок цього утворення. Ваша думка?

- А) можливо надіслати на експрес-біопсію 1 шматочок кісти
- В) можна досліджувати багато шматочків з кісти яєчника
- С) не слід на себе брати відповідальність за термінове дослідження
- Д) краще зробити термінові препарати на заморожуючому мікромомі

Е) експрес-біопсія не змінить хід операції

10. В отоларингологічному відділенні, хворому хлопчикові 12 років, була призначена біопсія з пухлини правої вушної раковини, з виразкою, гнійним виділенням, іноді з домішкою крову. Як узяти матеріал на аналіз?

А) кюретаж

В) біопсія шляхом масажу і тиску

С) біопсія шляхом зішкріб шпателем

Д) біопсія шляхом використання губки або тампона для перенесення клітин на наочне скло, якщо прикласти скло на рану не вдається

Е) дослідження виділень

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Скласти орієнтовну карту патоморфологічних змін органів та систем при різноманітних передсмертних станах.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с

2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х II. – 2019. – 420с.

3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х II. – 2019. – 512с.

4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.

5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ

«Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія
9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology
10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>
11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 9. Підготовка і проведення засідання лікувально-контрольної комісії, комісії по вивченню смертельних наслідків та клініко-анатомічної конференції. Деонтологічні і етичні аспекти в патологоанатомічній практиці.

Мета: Клініко-патологоанатомічні конференції проводяться з метою підвищення кваліфікації лікарів і поліпшення якості клінічної діагностики, виявлення причин і джерел помилок в діагностиці і лікуванні на усіх етапах надання медичної допомоги, недоліків організаційного характеру. Лікувально-контрольні комісії проводяться з метою компетентної і наукової перевірки методів і змісту лікувально-діагностичної роботи лікаря, правильністю організації лікувального процесу.

Основні поняття: ЛКК (лікувально-контрольна комісія), клініко-морфологічний аналіз смертельних наслідків

План

1. Теоретичні питання:

Лікувально-контрольна комісія

Лікувально-контрольна комісія (ЛКК) організується у всіх лікувально-профілактичних закладах.

Завдання ЛКК:

- 1) систематичний контроль по відділеннях лікарні, повноти клінічного, лабораторного, рентгенологічного, електрокардіографічного та інших методів обстеження хворих, правильністю та своєчасністю їх лікування, включаючи оперативні втручання;
- 2) виявлення дефектів роботи операційного блоку, аптеки, лабораторії, рентгенівського, фізіотерапевтичного, патологоанатомічного та інших відділень;
- 3) виявлення недоліків лікування і догляду за хворими шляхом вибіркового вивчення і перевірки скарг, що поступають;
- 4) контроль за лікувальним харчуванням хворих;
- 5) контроль за правильністю та своєчасністю консультацій;
- 6) систематичний контроль за впровадженням і широким використанням найновіших методів дослідження та лікування.

Клініко-морфологічний аналіз смертельних наслідків

Клініко-морфологічний аналіз є методом пізнання обставин виникнення захворювань, особливостей їх перебігу, а також безпосередніх причин та механізмів настання смерті.

Головною методологічною умовою проведення клініко-морфологічного 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 макроскопічними мікроскопічними і ультраструктурними змінами, лікар-патологоанатом виявляє ступінь відповідності клінічних проявів хвороби їх морфологічним та функціональним змінам.

Остаточний клініко-експертний висновок щодо кожного конкретного

летального результату приймається колегіально, при обговоренні випадку на засіданні лікувально-контрольної комісії (ЛКК), клініко-експертної комісії(КЕК) і клініко-патологоанатомічної конференції у закладі охорони здоров'я. У разі незгоди лікаря-патологоанатома або іншого фахівця з висновком засідання ЛКК, КЕК і клініко-патологоанатомічної конференції, це фіксується в протоколі (акті) засідання і передається для розгляду у КЕК регіонального органу управління охорони здоров'я.

Організація та порядок роботи лікувально-контрольної комісії

Лікувально-контрольна комісія призначена всебічного кваліфікованого з'ясування обставин та особливостей перебігу захворювання, безпосередньо причини та механізму настання недоліків надання допомоги хворим, які померли в даному лікувальному закладі, а також в поліклініці, вдома, в районі, що обслуговується цим закладом.

Відповідальним за організацію та стан роботи комісії є головний лікар закладу охорони здоров'я, щорічним наказом якого визначається склад комісії. Головою комісії, як правило, призначається заступник головного лікаря по медичній частині, постійними членами - головні медичні спеціалісти, завідувачі відділеннями, завідувачий відділенням патологоанатомічного відділенням та один з ординаторів-клініцистів як секретар.

Останній склад комісії встановлюється в оперативному порядку в залежності від характеру захворювання у померлого при неодмінній участі патологоанатома чи лікаря, що проводив розтин. Лікарів, що брали участь в лікуванні хворого, членами комісії призначати не слід. Голова комісії зобов'язаний вивчити всю необхідну документацію, що стосується даного випадку смерті (історії 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 20 діб після смерті хворого. На засіданні комісії короткі доповіді лікуючого лікаря, лікаря-патологоанатома та рецензента заслуховуються якщо були недоліки догоспітального періоду. Засідання комісії протоколюється секретарем.

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 проводилися конкретні заходи та їх результати.

Лікар-патологоанатом доповідає комісії патологоанатомічний діагноз та епікриз, проводять 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 лікаря-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 всієї системи організації лікувально-діагностичної роботи у стаціонарі.

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 по медичну допомогу;
- повноцінність обстеження в поліклініці, якість та своєчасність діагностики, правильність лікування;
- своєчасність госпіталізації;
- правильність транспортування хворого в лікувальний заклад;
- якість поглиблених медичних обстежень та диспансерного динамічного спостереження за хворим в 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 комісією оцінюється у відповідності з кожним етапом 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 закінченню роботи комісія складає акт, який підписується всім складом комісії.

У разі виявлення комісією недоліків у наданні медичної допомоги в актів обов'язковому порядку вказуються: суть та характер недоліків, де вони допущені, прізвища та ініціали лікарів, що допустили недоліки, в якій мірі конкретні практичні рекомендації комісії по усуненню та попередженню виявлених недоліків в 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 виписку з акта комісії.

У випадках розходження думок членів комісії призначається повторний розгляд смертельного випадку у КЕК регіонального органу управління охорони здоров'я.

Клініко-анатомічна конференція

Клініко-анатомічна конференція передбачає всебічний і об'єктивний аналіз клінічних і морфологічних матеріалів із з'ясуванням причин і джерел помилок у термінах госпіталізації, діагностики та лікуванні, виявлення прогалин організаційного порядку в медичному обслуговуванні населення, підвищення кваліфікації лікарів.

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, незрозумілі випадки, що потребують спільного обговорення.

На одній з конференцій обговорюється доповідь про роботу за минулий рік начальника патологоанатомічного бюро, завідуючого патологоанатомічним відділенням (дитячим патолого-анатомічним відділенням), в якій мають бути представлені зведені дані про летальність у лікарні та аналіз якості діагностики і недоліки медичної допомоги на всіх етапах лікування хворого.

На клініко-патологоанатомічних конференціях зобов'язані бути присутніми головний лікар, його заступники по медичній частині, 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 одного разу на місяць.

Порядок денний чергової клініко-патологоанатомічної конференції доводиться до відома лікарів закладу охорони здоров'я не пізніше ніж за 7 діб до конференції. Підготовка клініко-патологоанатомічної конференції здійснюється заступником головного лікаря по медичній частині та завідуючим відділенням патологоанатомічного бюро (патологоанатомічного відділення).

Відмінити обговорення випадку, що був запропонований начальником патологоанатомічного бюро, завідуючим патологоанатомічного відділення, адміністрація закладу охорони здоров'я не має права.

Для проведення клініко-патологоанатомічної конференції керівником лікувального закладу призначається два співголови (клініцист та начальник патологоанатомічного бюро, завідуючий патологоанатомічним відділенням), а також опонент з числа найбільш кваліфікованих лікарів (терапевт чи педіатр, хірург, патологоанатом та інші).

Для ведення протоколу конференції призначаються два постійних

секретарі із складу лікарняного колективу.

Доцільно обмежувати порядок денний конференції обговоренням одного спостереження.

Випадки, що підлягають обговоренню, доповідаються лікуючими лікарями, лікарем-патологоанатомом, який виконував розтин померлого, рецензентом, що аналізував за даними медичної карти стаціонарного хворого (для пологових будинків — 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 закладу охорони здоров'я 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 співставленні заключного клінічного і патологоанатомічного діагнозів враховується тільки діагноз, що записаний на першій сторінці історії хвороби; в клінічному та патологоанатомічному діагнозі має бути чітко виділене основне захворювання, ускладнення основного захворювання та супутнє захворювання. Обов'язково на титульному листі та в епікрізі історії хвороби зазначається дата встановлення діагнозу кожного захворювання та їх ускладнень.

У монокаузальному заключному 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 має бути морфогенетична суть захворювання.

При проведенні клініко-патологоанатомічних конференцій слід враховувати, що в сучасних умовах, особливо осіб похилого віку, часто існують одночасно два або і більше захворювань, які розвиваються незалежно одне від іншого, або знаходяться в складних патогенетичних відносинах.

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 у відповідності із цими поняттями дозволяє чіткіше уявити їхню взаємозалежність та вплив одного на інше, а також значення кожного захворювання та їх ускладнень в генезі смерті; обґрунтованіше при цьому можна міркувати і про доцільність, повноцінність та своєчасність лікувально-діагностичних заходів.

До ускладнень захворювань належать ті патологічні процеси, які патогенетично безпосередньо пов'язані з основним захворюванням, проте в ряді випадків можуть мати іншу етіологію (наприклад: гнійний менінгіт при гнійному отиті, перитоніт при перфоративній виразці шлунка та інші).

У випадках, коли смерть настала не від основного захворювання чи ускладнення основного захворювання, а від застосування лікувальних чи навіть діагностичних процедур та маніпуляцій, в передбачені особливі рубрики. Наприклад, рубрики МКХ E936 (нешасні випадки та ускладнення, що виникають при хірургічних та інших видах лікування), N 960-979 (несприятливі ускладнення, пов'язані з введенням ліків та інших медикаментозних речовин), N 997 (специфічні ускладнення, пов'язані деякими хірургічними втручаннями), N 998 (інші ускладнення внаслідок медичних втручань).

При обговоренні таких випадків на конференції можливі такі варіанти їх аналізу:

5. Медичні дії, що викликали смерть хворого, були вжиті за помилковим діагнозом. У подібних випадках ці дії (оперативне, діагностичне втручання, реакції на медикаменти, променеву енергію та ін.) в діагнозі виставляються на місце основного захворювання у відповідності за рубриками МКХ E930- E936.
6. Медичні дії, що викликали смерть хворого, були виконані у відповідності

з певними показаннями, але виконані неправильно, що і призвело до смерті хворого (наприклад, переливання крові іншої, ніж у хворого, групи, надмірно охолодженої, гемолізованої; передозування сильнодіючих засобів, груба помилка при оперативному втручанні, проводячи наркоз та ін.). Такі випадки звичайно стають предме том судово-медичної експертизи. Як і в попередній категорії, дії, що призвели до смерті хворого, в діагнозі мають фігурувати на місці основного захворювання.

7. Медичний дії, що обумовили смерть хворого, були "адекватні", тобто застосовані на основі правильно встановлених показань і здійснені правильно. Його несприятливий вплив був пов'язаний з індивідуальною непереносимістю або важкістю стану та запущеністю захворювання, що неможливо було визначити до цього. У подібних випадках дії, що призвели до смерті хворого, хоча формально і можуть бути включені до однієї з вищеперелічених рубрик МКХ, мають бути включені до групи ускладнень. Проте, ускладнення такого характеру повинні виділятися із загальної маси виявлених ускладнень основного захворювання, що розвинулися в результаті природного перебігу захворювання. Таким чином, при аналізі необхідно відрізнити дві категорії ускладнень — "ускладнення хвороби" та "ускладнення від лікування". В останню групу й повинні включатися процеси, пов'язані з медичними діями, якщо вони призвели до смерті хворого.

На клініко-патологоанатомічній конференції обов'язково обговорюються категорії і причини розбіжності заключного клінічного патологоанатомічного діагнозів.

Враховуючи, що клінічний діагноз має бути не лише правильний, але й своєчасний, всі секційні спостереження при співпадінні клінічного та патологоанатомічного діагнозів аналізуються у відношенні своєчасності їх встановлення; матеріали цього аналізу обговорюються клініко-патологоанатомічних конференціях, наводяться у звітах патолого-анатомічного відділення.

Джерела та причини помилкових клінічних діагнозів можуть бути об'єктивними та суб'єктивними. Об'єктивні причини помилкового клінічного 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 клінічної 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.).

Аналізуючи випадки, в яких мали місце розбіжності діагнозів, слід виділити ті з них, коли основне захворювання та смертельне ускладнення були розпізнані пізно, що зумовило несвоєчасність проведення раціонального лікування і летальний наслідок.

Виходячи з завдань, які стоять перед клініко-патологоанатомічними конференціями, необхідно, щоб аналіз допущених помилок був принциповим, виступи на них не носили характер звинувачень на адресу окремих осіб, що припустили ті чи інші помилки. Користь для хворих у майбутньому та підвищення лікарської кваліфікації мають бути основною метою проведення Клініко-патологоанатомічного співставлення.

Коли виникають спірні питання в постановці заключного діагнозу, то його кінцевий варіант встановлюється не простим голосуванням присутніх на клініко-патологоанатомічній конференції, а клініко-експертною комісією МОХ України зі спеціальності «патологічна анатомія» або групою експертів-патологоанатомів за погодженням з головним позаштатним спеціалістом МОЗ України зі спеціальності «патологічна анатомія».

ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ НОРМИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-

ПАТОЛОГОАНАТОМА

Констатація біологічної смерті.

Біологічна смерть людини констатується медичним працівником. Констатація смерті хворих вдома може здійснюватися медичним працівником служби швидкої медичної допомоги або сімейним лікарем, а у разі їх відсутності в умовах сільської місцевості – медичним співробітником середньої ланки. Факт біологічної смерті фіксується в медичній документації померлого при настанні смерті в установі охорони здоров'я; у акті констатації смерті, що складається медичним працівником, який встановив смерть, при настанні смерті поза установою охорони здоров'я. Акт констатації смерті видається медичним працівником родичам померлого або особам, що представляють його інтереси.

З метою забезпечення права на шанобливе ставлення до тіла покійного медичний працівник, що констатував смерть, зобов'язаний прийняти заходи, що виключають деформацію тканин, викликану трупним заляканням (закрити очі померлого, фіксувати нижню щелепу і надати тілу померлого горизонтального положення на спині). У разі настання смерті поза установою охорони здоров'я вказані заходи здійснюються з дозволу працівника органів внутрішніх справ після огляду ним тіла покійного на місці настання смерті. Виклик працівника органів внутрішніх справ і служби транспортування (евакуації) померлих здійснюється медичним працівником, що констатував смерть.

При настанні смерті в установах охорони здоров'я, соціального забезпечення і в місцях позбавлення волі медичний працівник, що констатував смерть, при направленні тіла покійного до патологоанатомічного бюро зобов'язаний вказати в медичній документації померлого наявність цінностей (коштовності, зубні протези з дорогоцінних металів і так далі), що знаходяться на покійному. У медичну документацію померлого вноситься також інформація про документи, гроші і цінності, здані пацієнтом на зберігання під час вступу до установи. У разі настання смерті вдома медичний працівник, що констатував смерть, спільно з працівником органів внутрішніх справ зобов'язаний оглянути

тіла покійного і скласти опис документів, грошей і цінностей, що знаходяться при померлому. Опис складається в двох екземплярах за підписом медичного працівника, що констатував смерть, і працівника органів внутрішніх справ. При цьому документи, гроші і цінності, що знаходяться при померлому, з одним екземпляром опису доставляються працівником органів внутрішніх справ на зберігання у відділ внутрішніх справ. Другий екземпляр опису з тілом покійного прямує до патологоанатомічного бюро.

Порядок повідомлення про смерть пацієнта.

У разі смерті пацієнта в установі охорони здоров'я і стаціонарній установі соціального обслуговування інформація про це повідомляється лікуючим лікарем (черговим), особі, вказаній пацієнтом під час поступлення до медичної установи. За відсутності таких осіб дана інформація передається органам внутрішніх справ по вказаній в медичній документації місцю проживання померлого, які зобов'язані інформувати родичів померлого або осіб, що представляють інтереси покійного. При настанні смерті пацієнта в місцях позбавлення волі обов'язок по інформуванню родичів або осіб, що представляють інтереси покійного покладається на адміністрацію установи по місцю настання смерті.

Про пошану до тіла померлого. Ставлення до тіла покійного повинно відповідати прижиттєвому волевиявленню померлого, виключаючи випадки обов'язкового патологоанатомічного розтину. Труп, його органи і тканини не можуть бути предметом купівлі-продажу і комерційних операцій.

У випадках відсутності письмового прижиттєвого волевиявлення пацієнта і за відсутності родичів, інших представників померлого або при неможливості здійснити ними поховання труп після встановлення причини смерті може бути переданий до освітніх установ охорони здоров'я або науково-дослідні установи охорони здоров'я для використання в учбових і наукових цілях. Після закінчення використання трупа в учбових або наукових цілях освітня або науково-дослідна установа зобов'язана забезпечити поховання трупа через спеціалізовану службу.

При проведенні патологоанатомічного розтину допускається забір органів

і тканин трупа для діагностичних, учбових і наукових цілей, про що робиться запис в медичній документації.

Право громадян інформацію про результати патологоанатомічного дослідження. Інформація про результати патологоанатомічного розтину трупу видається у письмовій формі установою, де проводилося це дослідження. Право на отримання висновку про патологоанатомічний розтин надається родичеві покійного, що отримав свідоцтво про смерть, або іншим законним представникам померлого. Патологоанатоми, як і інші медичні працівники, несуть відповідальність за приховування і/або умисне спотворення інформації про результати патологоанатомічного розтину відповідно до законодавства.

Питання для самоконтролю

1. Завдання клініко-патологоанатомічної конференції.
2. Які випадки обговорюються на клініко-патологоанатомічній конференції.
3. Аналіз результатів дослідження оперативно вилучених органів і біопсій.
4. Порядок проведення клініко-патологоанатомічної конференції.
5. Об'єктивні і суб'єктивні причини розбіжності діагнозів.
6. Завдання лікувально-контрольної комісії в лікувально-профілактичній установі.
7. Склад ЛКК і порядок проведення її роботи.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хвора знаходилась в гематологічному відділенні 44 дні, з приводу лімфогранулематоза. При обстеженні виявлені збільшені лімфовузли правої половини шиї, надключичні, пахвові, ліктвові. Виявлена збільшена печінки, селезінка без змін. Рентгенологічне обстеження виявило в базальному відділі правої легені чітке, овальної форми затемнення розміром 3*5 см. Екссудат у плевральній порожнині справа на рівні IV ребра. Кашель з мокротою у вигляді малинового желе. Задишка. У мазку пунктата з периферійного лімфатичного вузла ретикулярні клітини і клітини Рід-Березовського-Штернберга.

Клінічний діагноз:

1. Основне захворювання - лімфогранулематоз
2. Ускладнення - мієлотоксична анемія. Двосторонній плеврит. Анасарка.

Набряк легеней. Асцит.

При гістологічному дослідженні: у легенях, печінці та лімфовузлах виявлен плоскоклітинний рак без зрговіння, з великою кількістю патологічних мітозов.

Що у даному випадку прищвело до діагностичної помилки?

- А. недооцінка статистичних даних
- В. недооцінка клінічних даних
- С. недооцінка клініко-лабораторних даних
- Д. відсутність антропометричних даних
- Е. недооцінка морфологічних даних

2. Хворий В., 52 роки, провів у хірургічному відділенні 3 дні. Клінічний діагноз:

- 1. Основне захворювання - Рак товстого кишечника;
- 2. Ускладнення - набряк головного мозку;
- 3. Супутнє захворювання - Загальний атеросклероз. Гематоми тулуба та нижніх кінцівок.

Після розтину сформован наступний діагноз:

1. Основне захворювання - Церебро-васкулярне захворювання: ішемічний інфаркт лівої півкулі головного мозку (6,5*8*4,5 см), тромбоз а. cerebri media sinistra, атеросклероз артерій нижньої поверхні головного мозку.

2. Ускладнення - Двостороння гіпостатична пневмонія. набряк головного мозку. Паренхіматозна дистрофія серця, печінки, нирок.

3. Супутнє захворювання - загальний атеросклероз, камінь жовчного міхура, гематома тулуба (4*2 см) і правого стегна (1,5*2,5 см).

В даному випадку має місце розбіжність клінічного і патологоанатомічного діагнозів за

наступними категоріями:

- А. розбіжність за основним захворюванням
- В. розбіжність за ускладненням основного захворювання
- С. розбіжність за супутнім захворюванням
- Д. розбіжність за основним захворюванням та ускладненню основного захворювання
- Е. розбіжність за основним захворюванням та за супутнім захворюванням.

3. Причиною смерті 38-річного наркомана, що страждав на ВІЛ-інфекцію, стадія СНІД, з'явився міліарний туберкульоз з розвитком специфічного лептоменінгита. У клінічному і патологоанатомічному діагнозах туберкульоз розцінюється як:

- А. основне захворювання
- В. супутнє захворювання
- С. конкурентна хвороба
- Д. ускладнення ВІЛ-інфекції
- Е. прояв ВІЛ-інфекції

4. Жінка 25 років поступила у пологовий будинок на 36-му тижні вагітності. У анамнезі 4 медичних аборти. Вагітність 5-а, пологи перші. Попередні вагітності завершилися медичними абортами. У першій половині вагітності спостерігалася нудота, анемія легкого ступеня, на 11-му тижні - загроза переривання вагітності, уреоплазмоз, з приводу якого отримала лікування. Родовирішення на терміні 37-38 тижнів шляхом кесаревого розтину. Народилася дівчинка масою 3048 г, зростом 50 см. Спостерігалось передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, туге обвивання пуповини навколо шиї 2 рази, гостра гіпоксія плоду, оцінка за шкалою Апгар при народженні 1 бал. Проводилися реанімаційні заходи. Смерть новонародженої наступила через 1 добу 14 годин після пологів.

Клінічний діагноз:

Внутрішньоутробна інфекція неуточненої етіології. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Гостра гіпоксія плоду. Анемія. Своєчасні оперативні пологи.

Дані патологоанатомічного дослідження:

М'які мозкові оболонки набряклі, каламутні, повнокровні, з множинними крововиливами. Легені тестоватої консистенції, на розрізі темно-червоного кольору. З поверхні розрізу відділяється кров'яна маса. У мазках-відбитках з легень та мозкових оболонок, оброблених противохламідійною сироваткою, реєструється свічення противохламідійного антигена в цитоплазмі альвеолоцитів, ендотелію і макрофагів. Причина розбіжності діагнозів:

- А. короткочасність перебування
- В. тяжкість стану
- С. недооблік клінічних даних
- Д. переоцінка висновку фахівця
- Е. недостатнє клінічне обстеження

5. Дивися умову попереднього завдання. Яке основне захворювання в патологоанатомічному діагнозі?

- А. асфіксія новонародженого
- В. вроджена хламідійна інфекція
- С. передчасне відшарування плаценти
- Д. набряково-геморагічний синдром
- Е. санований уреоплазмоз

6. Дивися умову попереднього завдання. Розбіжність діагнозів за:

- А. ускладненню
- В. конкурентному захворюванню
- С. супутньому захворюванню
- Д. основному захворюванню
- Е. основному захворюванню та ускладненню

7. Жінка 24 роки, 2-а вагітність на терміні 35-36 тижнів. Перші пологи. У анамнезі медичний аборт. З 23 тижня вагітності діагностований плацентит, з 28

тижня - набряки, протеїнурія, хронічна фетоплацентарна недостатність. За 4 доби до пологів зникло серцебиття плоду. Використані шкірно-головні щипці. Народився мертвий мацерований плід масою 2300 г, зріст 46 см.

Клінічний діагноз:

Передчасні пологи мертвим плодом. Нефропатія легкого ступеня на тлі нейроциркуляторної дистонії за гіпертонічним типом, кандідозний кольпіт.

Дані патологоанатомічного дослідження:

Мацерація шкірних покривів плоду, фарбування їх меконієвими масами в зеленуватий колір, меконію в товстій кишці мало. Внутрішні органи в'ялі, повнокровні. У м'яких мозкових оболонках та епікарді - точкові крововиливи. Маса плаценти 450 г, плодова поверхня зеленого кольору. Навколоплідні оболонки каламутні, набряклі, зеленуватого кольору, пупковий канатик завдовжки 60 см, по його ходу - ложні вузли.

При гістологічному дослідженні в легенях - дрібнозернисті еозінофільні маси та маси меконію; у нирках, печінці і міокарді - частковий аутоліз. Венозне повнокров'я. У плаценті флегмонозне запалення, у плодових оболонках набряк, осередкова лейкоцитарна інфільтрація. Яке основне захворювання в патологоанатомічному діагнозі?

Виберіть одну правильну відповідь:

- А. недоношеність
- В. гнійний плацентит
- С. нейроциркуляторна дистонія
- Д. антенатальна гіпоксія плоду
- Е. внутрішньоутробне спорожнення товстої кишки

8. Дивися умову попереднього завдання. Безпосередня причина смерті плоду:

- А. накладення шкірно-головних щипців
- В. мацерація шкірних покривів
- С. крововилив в мозкових оболонках
- Д. гіпоксія
- Е. аспірація навколоплідними водами

9. Дивися умову попереднього завдання. Яка причина хронічної фетоплацентарної недостатності?

- А. флегмонозний плацентит
- В. ложні вузли пуповини
- С. передчасне відшарування плаценти
- Д. медичний аборт в анамнезі
- Е. кандідозний кольпіт

10. Основне завдання клініко-патологоанатомічних конференцій:

- А. аналіз анатомічного матеріалу
- В. аналіз клінічного матеріалу
- С. аналіз клініко-анатомічного матеріалу

Д. підвищення кваліфікації лікаря

Е. підвищення кваліфікації медичного персоналу

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Підготувати перелік умов для проведення засідання лікувально-контрольної комісії, комісії по вивченню смертельних наслідків та клініко-анатомічної конференції.
- запропонувати один окремий випадок для зразку проведення ЛКК.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина ”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.
4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.
5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.
2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.
3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.
4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.
5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія
9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology
10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>
11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 10. Порядок рецензування історії хвороби.

Мета: Рецензування історії хвороби та патового-анатомічного розтину необхідне, щоб в повній мірі оцінити якість надання лікувально-діагностичної допомоги та профілактичних мір, для визначення діагностичних помилок та запобігання їх у майбутньому.

Основні поняття: історія хвороби, епікриз, рецензія

План

1. Теоретичні питання:

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО РЕЦЕНЗУВАННЮ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ І ПРОТОКОЛІВ ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНОГО РОЗТИНУ

1. На підставі вивчення історії хвороби, амбулаторної карти і протоколу патолого-анатомічного розтину визначається якість профілактичних заходів і надання лікувально-діагностичної допомоги. Для цього:

а) вивчається інформація про догоспітальний період (своєчасність госпіталізації, правильність і своєчасність транспортування);

б) аналізується якість медичного обстеження в поліклініці (відсутність спостереження, дефекти діагностики і лікування);

в) вивчається інформація про госпітальний період (час знаходження в

приймальному відділенні, термін встановлення основного діагнозу і його ускладнень, своєчасність, правильність і обгрунтованість лабораторних і діагностичних процедур, оперативних втручань, дефектів анестезії і реанімації, причин пізньої діагностики і неадекватності лікувально-діагностичних заходів, їх вплив на результат лікування);

г) виявляються дефекти медикаментозного і оперативного лікування, післяопераційного ведення хворого з уточненням їх впливу на результат

2. У разі діагностичної помилки:

а) відзначаються її причини (короткочасність перебування в стаціонарі, відсутність спадкоємності в спостереженні і лікуванні, тяжкість стану хворого, неповне клініко-лабораторне обстеження, неправильна інтерпретація отриманих даних, неправильне укладення консультантів, відсутність необхідних умов для діагностики і лікування - відсутність медикаментів, апаратури, налагоджених методик та ін.);

б) висловлюється судження про категорію розбіжності клінічного і патолого-анатомічного діагнозів (I, II, III).

3. За наявності ятрогенної патології:

а) аналізуються причини і умови її виникнення;

б) висловлюється судження про категорію ятрогенії (I, II, III).

4. Відзначаються можливі дефекти у веденні і оформленні медичної документації :

а) історії хвороби (збір анамнезу, опис об'єктивних даних, план обстеження і лікування хворого, хірургічні втручання, інформативність щоденникових записів, етапних епікризів, побудова клінічного діагнозу і терміни його встановлення);

б) протоколу розтину (детальність розкриття, повнота макро- і мікроскопічних описів, термінів розвитку захворювань і їх ускладнень (в першу

чергу - ИБС, ЦВБ, інфекційно-запальних поразок, включаючи пневмонії), необхідність додаткових аналізів - мікробіологічних, біохімічних та ін., облік клінічних даних, адекватність клініко-анатомічних зіставлень, конструкція діагнозу, інформативність епікризу, правильність укладення про причину смерті).

5. При відміні патолого-анатомічного розтину надається укладення про правомірність і обґрунтованість його відміни.

6. Вносяться пропозиції, спрямовані на усунення виявлених помилок і упущень.

Питання для самоконтролю

1. На підставі чого визначається якість профілактичних заходів і надання лікувально-діагностичної допомоги.

2. Необхідні дії у разі діагностичної помилки.

3. Порядок рецензування при ятрогенії.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю:

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- скласти алгоритм роботи з історією хвороби (протоколом розтину) та її аналізу.

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с

2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х ІІ. – 2019. – 420с.

3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина ”. – Х ІІ. – 2019. – 512с.

4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.

5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D. Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>

Тема 11. Підготовка до залікового заняття.

Мета: В практиці кожного лікаря нема запланованих випадків з визначеною та добре вивченою патологією. В лікарні лікар застосовує усю сукупність знань та навичок, засвоєних за усі роки навчання. Саме тому

підсумкові залікові (контрольні) заняття надають змогу заглибити, закріпити, систематизувати отриманні знання.

Основні поняття: поняття з усіх вивчених тем

План

1. Теоретичні питання: Теоретичний матеріал усіх попередніх тем (дивись вище).

Питання для самоконтролю

1. Визначення патологічної анатомії (патоморфології), як науки та практичної галузі.
2. Місце патоморфології в системі охорони здоров'я України і світу та роль і місце в освіті здобувачів вищої медичної освіти.
3. Етапи становлення патоморфології як науки та практичної галузі.
4. Внесок вітчизняних вчених в розвиток світової патоморфології.
5. Методи дослідження в патоморфології.
6. Законодавча база патологоанатомічної служби в Україні.
7. Порядок оформлення направлення матеріалу на дослідження.
8. Порядок реєстрації післяопераційного й біопсійного матеріалу.
9. Правила взяття і обробки матеріалу з патологічних утворень
10. Порядок підготовки біопсійного, операційного та секційного матеріалів до гістологічних досліджень.
11. Нормативні показники щодо кількості досліджуваних фрагментів при різних патологічних станах та пухлинах різних органів і тканин.
12. Порядок оформлення направлення матеріалу на дослідження.
13. Порядок реєстрації післяопераційного й біопсійного матеріалу.
14. Правила взяття і обробки матеріалу з патологічних утворень
15. Порядок підготовки біопсійного, операційного та секційного матеріалів до гістологічних досліджень.
16. Нормативні показники щодо кількості досліджуваних фрагментів при різних патологічних станах та пухлинах різних органів і тканин.
17. Визначення біологічної смерті, клінічної смерті.

18. Основні причини біологічної смерті.
19. Ранні ознаки біологічної смерті хворого.
20. Пізні ознаки біологічної смерті.
21. Поняття термінального стану.
22. Визначення, мета і завдання МКХ.
23. Принципи класифікації хвороб.
24. Кодування причин смерті.
25. Причини перегляду МКХ. МКХ 11.
26. Відмінності останнього перегляду МКХ від попередніх.
27. Документація, необхідна для розтину.
28. У яких випадках не дозволяється відміна розтину.
29. Ознаки смерті і їх значення.
30. Зовнішній огляд тіла і оцінка отриманих даних.
31. Найбільш поширені методи розтину і їх особливості.
32. Макроскопічне дослідження порожнин і внутрішніх органів, макроскопічна диференціальна діагностика виявлених патологічних процесів.
33. Особливості розтину мертворождалих і новонароджених
34. Значення аутопсії для медичної науки і практичної охорони здоров'я.
35. Клініко-анатомічний аналіз конкретного розтину.
36. Алгоритм патологоанатомічного розтину.
37. Метод евісцерації по Шору.
38. Метод евісцерації по Абрикосову.
39. Порядок розтину трупів дітей раннього віку,
40. Порядок розтину трупів новонароджених,
41. Порядок розтину трупів мертворождалих,
42. Порядок розтину трупів викиднів.
43. Вміти розрізнити колапс, непритомність, кому.
44. Що таке шок, стадії шоку, морфологічні прояви.
45. Що таке агонія, її патогенез.
46. Пояснити різницю між клінічної та біологічної смертю.
47. Що таке реанімація, постреанімаційні хвороби, що до них відносять. Механізми розвитку.

48. Що таке раптова серцева смерть. Механізм, причини розвитку. Патоморфологічні ознаки.
49. Завдання клініко-патологоанатомічної конференції.
50. Які випадки обговорюються на клініко-патологоанатомічній конференції.
51. Аналіз результатів дослідження оперативно вилучених органів і біопсій.
52. Порядок проведення клініко-патологоанатомічної конференції.
53. Об'єктивні і суб'єктивні причини розбіжності діагнозів.
54. Завдання лікувально-контрольної комісії в лікувально-профілактичній установі.
55. Склад ЛКК і порядок проведення її роботи.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

- Скласти словник основних понять з теми.

2. Тестові завдання для самоконтролю: Див. Тестові завдання усіх попередніх тем.

3. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:
не передбачено

4. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Атлас мікропрепаратів з патоморфології / І.І. Старченко, Б.М. Филенко, Н.В. Ройко та ін.; ВДНЗУ “УМСА”.- Полтава, 2018.-190с
2. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 1 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х II. – 2019. – 420с.
3. Основи патології за Роббінсом: у 2 томах. Том 2 / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер; переклад 10-го англ. видання. Видавництво: Всеукраїнське спеціалізоване видавництво “Медицина”. – Х II. – 2019. – 512с.
4. Патоморфологія. Загальна патоморфологія: навчальний посібник / за ред. Я.Я. Боднара, В.Д. Волошина, А.М. Романюка, В.В. Гаргіна. - Нова Книга, 2020. - 248 с.
5. Практикум з біопсійно-секційного курсу / І.І. Старченко, А.П. Гасюк, С.А. Проскурня [та ін.] – Полтава, 2016. – 160с.

Додаткова:

1. Sorokina I.V. Biopsy-autopsy course (clinical pathology) / I.V.Sorokina, V.D.

Markovskiy. – Kharkiv, 2012. – 60 с.

2. Загальна патоморфологія / І.І. Старченко, Н.В. Ройко, Б.М. Филенко [та ін.] – Полтава, 2016. – 136с.

3. Зербіно Д. Д. Патоморфологія та гістологія : атлас / Д. Д. Зербіно, М. М. Багрій, Я. Я. Боднар, В. А. Діброва. – Вінниця : Нова Книга, 2016. – 800с.

4. Методики морфологічних досліджень / М.М. Багрій, В.А. Діброва, О.Г. Пападинець, М.І. Гришук; за ред.. М.М. Багрія, В.А. Діброви. – Вінниця: Нова Книга, 2016. – 328 с.

5. Патоморфологія: нац. підруч. / В.Д.Марковський, В.О. Туманський І.В. Сорокіна та ін., за ред. В.Д. Марковського, В.О. Туманського. — К.: ВСВ «Медицина». 2015— 936с., кольор. вид. ISBN 978-617-505-450-5

Інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <http://library.med.utah.edu/WebPath/webpath.html> - Патологічна лабораторія

9. <http://www.webpathology.com/> - Web Pathology

10. Національна наукова медична бібліотека України <http://library.gov.ua/>

11. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського <http://www.nbuv.gov.ua>