

## ЗМІСТ

### ЗМІСТ 1

ТЕМА 1,2. ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ НА УКРАЇНІ.....	1
ТЕМА 3 СУЧАСНА ТЕОРІЯ ДІАГНОЗУ.....	27
ТЕМА 4. ОСОБЛИВОСТІ БІОПСІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ СТОМАТОЛОГІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ .....	46

### ТЕМА 1,2. ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ НА УКРАЇНІ

**Мотивація:** патологічна анатомія займає чільне місце у лікувально-діагностичній роботі лікарняних закладів. За своїми завданнями та змістом патологоанатомічна служба тісно пов'язана з клінікою. Усім лікарям у своїй практичній діяльності постійно приходиться стикатися з питаннями танатогенезу.

**Мета:** засвоїти основні положення офіційних документів, котрі регламентують організацію патологоанатомічної служби в Україні.

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

**Навчитись** основним принципам організації патологоанатомічної служби у лікувально-профілактичних закладах.

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

#### Оснащення заняття.

1. Додаток А до наказу № 81 МОЗ України (штатні нормативи).
2. Додаток 11 до наказу № 172 від 24.06.1998(штатні нормативи).

3. Додаток Б до наказу № 81 (Положення про патологоанатомічне бюро).
4. Додаток В до наказу № 81 (Положення про патологоанатомічні відділення).
5. Додаток Г до наказу № 81 (Положення про обов'язки медичного персоналу).
6. Додаток Д до наказу № 81 (Положення про начальника патологоанатомічного бюро).
7. Додаток Ц до наказу № 81 (інструкція про порядок та строки зберігання патологоанатомічних документів та матеріалів патологоанатомічного дослідження).
8. Додаток Ш до наказу № 81 (інструкція про прийом, зберігання та видачу трупів у лікувальних закладах).
9. Додаток Щ до наказу № 81 (основні вимоги до приміщень та охорони праці, техніки безпеки при роботі в патологоанатомічних бюро, патологоанатомічних відділеннях).

## **I Матеріал для аудиторної самостійної роботи**

### **ПОЛОЖЕННЯ**

#### **про патологоанатомічне бюро**

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

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

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

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

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

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

4. Основна діяльність патологоанатомічного бюро спрямовується на подальше удосконалення лікувально-профілактичної допомоги населенню шляхом покращення прижиттєвої діагностики захворювань, уточнення причин смерті, забезпечення достовірних даних державної статистики причин смерті, підвищення кваліфікації лікарів та здійснення аналізу недоліків діагностики та лікування. Патологоанатомічне бюро використовує методи інтенсифікації та раціональної організації праці. Здійснює уніфікацію досліджень у секційному та біопсійному розділах роботи з метою скорочення строків патологоанатомічних досліджень та підвищення їх якості.

5. Основними функціями патологоанатомічного бюро є:

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

5.2. Встановлення причин та механізмів смерті хворого.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4. Узагальнюють та поширюють передовий досвід роботи.

7.5. Проводять апробацію та впроваджують сучасні методи патологоанатомічних досліджень.

7.6. Готують та проводять наради, конференції патологоанатомів.

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

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

- 1) відділення загальної патології з гістологічною лабораторією;
- 2) відділення дитячої патології з гістологічною лабораторією;
- 3) відділення інфекційної патології з гістологічною та вірусологічною лабораторіями;
- 4) відділення біопсійних досліджень з лабораторією електронної мікроскопії;
- 5) організаційно-консультативне відділення та архів;
- 6) адміністративно-господарську частину;

7) господарсько-розрахункове відділення по здійсненню ритуальних послуг населенню.

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

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

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

11. Патологоанатомічні бюро в адміністративно-господарському відношенні підпорядковані:

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

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

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

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

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

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

15. З метою підвищення кваліфікації лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань загальної та патологічної анатомії людини, а також для навчальної та

наукової роботи в кожному патологоанатомічному бюро організується музей макроскопічних та мікроскопічних препаратів та за технічними умовами - фототека, фільмотека, відеотека. В музей підбираються демонстративні матеріали, що відображають найважливіші, а також рідкісні патологічні процеси та захворювання. Матеріали музею, фототеки, фільмотеки, відеотеки реєструються на спеціальних етикетках музейного препарату та в книзі обліку музейних препаратів.

## **ПОЛОЖЕННЯ**

### **про патологоанатомічне відділення (централізоване патологоанатомічне відділення) лікувально-профілактичного закладу**

1. Патологоанатомічне відділення (центральне патологоанатомічне відділення) є структурним підрозділом лікувально-профілактичного закладу.

2. Патологоанатомічне відділення створюється у складі багатoproфільних та спеціалізованих лікарень (в тому числі дитячих) та диспансерів, виходячи з числа розтинів та досліджень біопсійного матеріалу у кожній з цих лікарень (диспансерів), що можуть бути виконані медичним персоналом, передбаченим для патологоанатомічних відділень.

3. При наявності в місті декількох лікарень, згідно з рішенням відповідного органу охорони здоров'я, може бути створене централізоване патологоанатомічне відділення в одній з лікарень, штати якого встановлюються з урахуванням обсягу роботи та відповідних наказів для забезпечення розтинів померлих та дослідження біопсійного матеріалу як в тій лікарні, в складі якої створене централізоване відділення, так і в прикріплених лікарнях (диспансерах), поліклініках.

Відповідно централізація дитячої патологоанатомічної служби проводиться для виконання розтинів трупів померлих дітей, новонароджених та мертвнонароджених, досліджень біопсійного та операційного матеріалів.

У центральних районних лікарнях патологоанатомічні відділення створюються з урахуванням забезпечення проведення всіх розтинів трупів померлих та дослідження всього біопсійного та операційного матеріалів з прикріплених лікувально-профілактичних установ району.

Для забезпечення обов'язкової присутності лікуючих лікарів під час розтину трупів померлих хворих ці розтини при наявності необхідних умов можуть проводитись в секційних залах відповідних лікарень (диспансерів) медичним персоналом відповідного централізованого патологоанатомічного відділення.

4. Організація роботи централізованих відділень повинна передбачати при необхідності проведення термінових біопсійних досліджень в прикріплених лікарнях (диспансерах) за їх заявою.

Централізоване патологоанатомічне відділення забезпечує своєчасний збір біопсійного матеріалу з прикріплених лікувально-профілактичних закладів та доставку їм висновків. Для виконання необхідної роботи з прикріпленими лікувально-профілактичними закладами централізоване патологоанатомічне відділення лікарні повинно мати закріплений за ним санітарний транспорт, використання якого не за призначенням забороняється.

5. Керівництво лікарні, в структурі якої є централізоване патологоанатомічне відділення, несе повну відповідальність за створення необхідних умов праці відділення, в т.ч. укомплектування медичними кадрами, матеріально-технічне обладнання, господарське забезпечення тощо.

6. Керівництво прикріплених лікарень (диспансерів) у випадках проведення розтинів у лікарні зобов'язане забезпечити необхідні умови для розтину трупів померлих хворих, а також термінове дослідження біопсійного матеріалу в умовах своїх лікарень (диспансерів), маючи для цього відповідні приміщення, оснащення, апаратуру, інструменти тощо.

7. Основними завданнями патологоанатомічного відділення лікарні (централізованого патологоанатомічного відділення) є покращення прижиттєвої діагностики захворювань за допомогою досліджень біопсійного та операційного матеріалів та за даними розтинів померлих хворих; забезпечення достовірних даних про причини смерті в державній статистиці смертності населення; підвищення кваліфікації медичних працівників, що здійснюють медичну допомогу хворим наступним шляхом:

7.1. Визначення характеру патологічного процесу на секційному, операційному та біопсійному матеріалах.

7.2. Виявлення на секційному, операційному та біопсійному матеріалах гострозаразних захворювань.

7.3. Встановлення причин та механізмів смерті хворого.

7.4. Спільне обговорювання з лікуючими лікарями результатів розтинів та гістологічних досліджень; постійна консультативна допомога з питань патології.

7.5. Аналіз якості діагностичної та лікувальної роботи спільно з лікуючими лікарями шляхом порівняння клінічних та патологоанатомічних даних.

7.6. Узагальнення та аналіз матеріалу патологоанатомічного відділення з обов'язковим обговоренням результатів у лікарських колективах прикріплених лікарень (диспансерів), а також у відповідних органах охорони здоров'я.

8. З метою вирішення основних завдань персонал патологоанатомічного відділення проводить макро-, мікроскопічне дослідження, а при необхідності забезпечує взяття матеріалу від трупа для бактеріологічного, серологічного та біохімічного досліджень, а також проводить гістологічне дослідження біопсійного матеріалу, що надходить у відділення. З метою підготовки лікарів-патологоанатомів широкого профілю, що працюють у великих централізованих патологоанатомічних відділеннях, рекомендується періодична (за графіком) робота лікарів з різних розділів патології (загальна, інфекційна, дитяча, біопсійні дослідження). Патологоанатомічні відділення у разі необхідності використовують у своїй роботі допоміжно-діагностичні кабінети та відділення (рентгенівський кабінет, клінічну, бактеріологічну лабораторії та інші) лікарні, до складу якої воно входить, та інших установ охорони здоров'я.

9. Час роботи патологоанатомічного відділення, розтинів трупів померлих та термінових біопсійних досліджень у прикріплених лікарнях (диспансерах), а також порядок видачі лікарських свідоцтв про смерть та трупів родичам, повідомлення результатів дослідження в прикріплені лікувально-профілактичні заклади встановлюється керівництвом відповідних лікарень.

10. Централізованим патологоанатомічним відділенням обласної та центральної районної лікарень доручається здійснення патологоанатомічної консультативної та методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам відповідних територій.



11. Патологоанатомічне відділення лікарні може бути базою підготовки та удосконалення лікарів-патологоанатомів і середнього медичного персоналу.

12. З метою підвищення кваліфікації лікарів лікувально-профілактичних закладів з питань загальної та спеціальної патологічної анатомії людини, а також для навчальної та наукової роботи в кожному патологоанатомічному відділенні організується музей макроскопічних та мікроскопічних препаратів, та за технічними можливостями - фототека, фільмотека та відеотека.

В музей підбираються демонстративні матеріали, що відображають найважливіші, а також рідкісні патологічні процеси та захворювання. Матеріали музею, фототеки, фільмотеки, відеотеки реєструються на спеціальних етикетках музейного препарату та в книзі обліку музейних препаратів.

13. Відділення очолює завідуючий, який призначається та звільняється у встановленому порядку. Він керує відділенням одноособово і безпосередньо підпорядковується керівнику закладу та його заступнику з медичної (лікувальної) роботи.

14. Відділення веде затверджену Міністерством охорони здоров'я України медичну документацію і подає відомості про свою діяльність для включення у звіт лікувально-профілактичного закладу.

## **ПОЛОЖЕННЯ**

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

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

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

Організує та контролює виїзди медичного персоналу в лікувально-профілактичні заклади адміністративної території для проведення патологоанатомічних розтинів,

термінових біопсій, консультації складних випадків та проведення клініко-патологоанатомічних конференцій.

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

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

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

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

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

Відбирає випадки, які підлягають розбору на клініко-патологоанатомічних конференціях; разом з заступником головного лікаря з медичної частини бере участь в організації та проведенні клініко-патологоанатомічних конференцій (консультації доповідачів, попередній перегляд всіх анатомічних та гістологічних препаратів, що підлягають демонстрації, діапозитивів тощо).

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

Контролює правильність ведення медичної документації, затвердженої МОЗ України.

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

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

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

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

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

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

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

організує демонстративні розтини з клініко-патологоанатомічним розбором їх результатів.

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

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

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

Повідомляє головного лікаря у випадку необхідності передачі трупа на судовомедичну експертизу та контролює цю передачу.

2. Лікар відділення патологоанатомічного бюро (централізованого патологоанатомічного відділення) проводить розтин трупів та гістологічне дослідження секційного матеріалу (для відділень педіатричного профілю – розтин трупів дітей, новонароджених, мертвонароджених та дослідження послідів);

при показаннях проводить забір матеріалу для спеціальних досліджень: мікробіологічних, вірусологічних, серологічних, цитологічних, біохімічних;

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

забезпечує мікроскопічне дослідження секційного, операційного матеріалів та інші допоміжні дослідження;

забезпечує мікроскопічне дослідження секційного, операційного та біопсійного матеріалів у відповідності до затверджених МОЗ України інструктивно-методичних вказівок для лікарів педіатричних централізованих патологоанатомічних відділень, відповідно до інструкції для патологоанатомів педіатричного профілю;

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

у ході розтину та після нього дає необхідні пояснення присутнім лікарям та формулює патологоанатомічний діагноз, клініко-патологоанатомічний епікриз та висновок про причини смерті;

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

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

відзначає виявлені недоліки в діагностиці, лікуванні, обстеженні померлого хворого та веденні медичної карти стаціонарного хворого чи іншої медичної

документації, своїм підписом підтверджує правильність заповнення протоколу розтину;

заповнює лікарське свідоцтво про смерть (ф. № 106у) та перинатальну смерть;

при зверненні веде розмову з родичами померлого, роз'яснює їм характер захворювання, що призвело хворого до смерті;

доповідає начальнику бюро, завідувачому патологоанатомічним відділенням про результати розтину та про виявлення недоліків організаційних, діагностичних та лікувальних заходів;

проводить разом з лаборантом вирізання секційного матеріалу, дає вказівки лаборантові про способи його обробки, методики фарбування, про кількість гістологічних препаратів;

контролює якість та строки виконання лаборантом заданої роботи, надає йому методичну допомогу;

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

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

коли ж свідоцтво про смерть було видане як кінцеве, заповнюється нове свідоцтво про смерть з написом, зробленим від руки, «замість кінцевого»;

у неясних випадках – консультації з іншими лікарями відділення та завідувачим відділення;

проводить разом з лаборантом макроскопічний опис надісланих з клінічних відділень органів та тканин та вирізає шматочки для гістологічного дослідження,

дає вказівки лаборантові про способи фіксації, обробки, методику фарбування та необхідну кількість мікропрепаратів;

проводить мікроскопічне дослідження біопсійних препаратів, описує гістологічну картину процесу та вносить патологоанатомічний діагноз в «направлення на патологоанатомічне дослідження» (ф. № 014у);

у разі виявлення злякисних новоутворень, специфічних інфекційних захворювань, що потребують хірургічного втручання, проведення променевої або цитостатичної терапії, висновок підписує завідуючий відділенням;

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

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

Виконує виробничі доручення завідуючого відділенням;

доповідає завідуючому відділенням про всі недоліки в роботі;

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

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

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

готувати необхідні фіксатори;

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

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

оформляти направлення та відправку матеріалу у відповідні лабораторії; стежити за фіксацією взятого для мікроскопії секційного матеріалу;

брати участь разом з лікарем у вирізання фіксованого матеріалу, маркувати його та сортирувати вирізані шматочки, реєструвати в робочому зошиті кількість шматочків з приміткою про органи та тканини, кількість зрізів, методи фарбування;

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

готувати та маркувати блоки, наклеюючи їх на колодки;

проводити гостріння та правку мікротомних ножів;

проводити різку матеріалу на мікротоммах усіх видів;

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

проводити фарбування зрізів та готувати мікропрепарати;

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

При обробці біопсійного матеріалу:

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

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

готувати бланк-направлення під диктовку лікаря;

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

готувати фіксатори, розчини та барвники;

проводити гістологічну обробку та готувати мікропрепарати;

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

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

здійснювати виготовлення гістологічних препаратів при інтраопераційних біопсіях (терміново);

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

готувати мікропрепарати для колекції;

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

здійснювати догляд за приладами та апаратурою;

стежити за дотриманням санітарно-гігієнічного режиму в приміщеннях відділення;

щомісяця звітуватися про проведену роботу (кількість блоків, зрізів, додаткових методик фарбування та ін.) перед завідувачем відділення.

4. Санітар патологоанатомічного бюро, централізованого патолого-анатомічного відділення зобов'язаний приймати доставлені в патологоанатомічне бюро (відділення) марковані трупи померлих з клінічних відділень та прикріплених лікувальних закладів;



забезпечувати збереження трупа протягом його перебування в патологоанатомічному відділенні;

проводити вимірювання зросту та ваги померлого;

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

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

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

під час розтину постійно знаходитися в секційній та допомагати лікареві;

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

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

перед видачею трупа перевіряти його маркування;

одягати покійника, вкладати тіло в труну та видавати родичам;

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

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

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

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

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

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

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

## ІНСТРУКЦІЯ

про порядок та строки зберігання патологоанатомічних документів та матеріалів патологоанатомічного дослідження

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

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

Направлення на патологоанатомічні дослідження зберігаються один рік.

Книга обліку спирту зберігається три роки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ІНСТРУКЦІЯ

про прийом, зберігання та видачу трупів у лікувальних закладах.

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

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

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

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

Трупи видаються:

а) родичам чи близьким покійного;

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

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

Порядок видачі родичам трупів, що померли від інфекційних захворювань:

1 Список інфекційних захворювань, при яких трупи не видаються родичам та близьким, а поховання проводиться спеціальними командами:

віспа справжня; сап; холера; чума; лихоманка Марбурга; лихоманка Ласса; антракс (сибірка).

2 Список інфекційних захворювань, при яких трупи видаються родичам та близьким для поховання під розписку з зобов'язанням, що труна не буде відкриватися та без права завозу трупа додому або в інші приміщення:

черевний тиф та паратиф; вірусний гепатит; геморагічна лихоманка;

дизентерія; жовта лихоманка; кір (при наявності дома дітей); ВІЛ;

легіонельоз; іктеро-геморагічний лептоспіроз групи А (хвороба Васильєва-Вейля); менінгококова інфекція; орнітоз (псіттакоз); дифтерія;

скарлатина (при наявності дома дітей); висипний тиф (вошивий, кліщовий, щурачий); ящур.

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

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

## **II Питання для самоконтролю з теоретичної частини заняття**

1. Розвиток прозекторської служби в Україні.
2. Завдання патологоанатомічної служби.
3. Методи, котрими користується практична патологічна анатомія.
4. Порядок розтинів трупів померлих у лікувальних закладах.
5. Організація роботи і документація патологоанатомічного відділення (бюро).
6. Устаткування та оснащення прозекторського відділення.
7. Техніка патологоанатомічного розтину трупів.
8. Завдання та функції патологоанатомічного бюро.
9. Організація патологоанатомічного бюро.
10. Штати, посадові обов'язки медичного персоналу патологоанатомічного бюро та централізованого патологоанатомічного відділення.
11. Деонтологічні аспекти патологоанатомічної практики.

## **III Алгоритм аудиторної роботи**

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

1. Лікар-патологоанатом звернувся до адміністрації лікарні з проханням збільшити штати відділення, мотивуючи тим, що він протягом року провів 130 розтинів померлих і 2400 досліджень біопсійного та операційного матеріалу. Чи обгрунтоване прохання патологоанатома? Дайте роз'яснення цій ситуації.

2. Лікар-патологоанатом протягом року провів 80 розтинів померлих дітей та мертвонароджених, 2500 досліджень біопсійного та операційного матеріалу.

Чи має він підстави вимагати в адміністрації збільшення штатів відділення?

3. У номерній районній лікарні померла дитина 13 років від перитоніту, котрий розвинувся після флегмонозного апендициту. У штатах лікарні відсутній патологоанатом. Хто в цьому випадку проведе секцію померлого?

4. У тубдиспансері помер хворий К. Розтин трупа проводиться медичним персоналом централізованого патологоанатомічного відділення. Як забезпечити обов'язкову присутність лікуючих лікарів під час розтину?

5. У номерній районній лікарні виникла необхідність у проведенні біопсійного дослідження. У штатах лікарні відсутня гістологічна лабораторія. Яким чином вирішується це питання?

6. У морг доставили труп померлого М., 62 років після оперативного втручання. Родичі хочуть забрати труп без секції, мотивуючи тим, що є дозвіл головного лікаря. Начальник патологоанатомічного відділення заборонив видати труп без секції. Як потрібно поступити в цій ситуації черговому лікарю-патологоанатому?

7. Родичі померлого Л., 38 років звернулися до чергового лікаря-патологоанатома з проханням видати труп без секції. Як треба діяти в цій ситуації? Хто має право видати труп без секції?

8. Аспірант А., звернувся до чергового лікаря-патологоанатома з проханням провести термінову секцію померлого К., з метою взяття матеріалу для наукового дослідження. Яка тактика патологоанатома?

9. У морг доставлено мертвонароджений викидень масою 600 г. Черговий лікар-патологоанатом провів розтин трупа, але свідоцтво про перинатальну смерть не оформив. Як розцінити дії патологоанатома?

10. У морг доставлено труп дитини, котра була на диспансерному обліку, але смерть наступила в домашніх умовах. Чи потрібно розтинати труп?

11. На гістологічне дослідження направлено операційний матеріал (пухлина легені). Скільки потрібно взяти шматочків для дослідження?

12. У морг доставлено труп К., 36 років з відміткою про наявність радіоактивності. Які міри потрібно прийняти завідувачу патологоанатомічним бюро, щоб попередити радіоактивне забруднення персоналу?

13. Під час операції видалено матку і додатки зліва. Як врахувати кількість біопсій?

14. У патологоанатомічну лабораторію доставлено банку без підпису, в котрій знаходиться декілька погано зафіксованих і підсушених ділянок тканини, що видалені під час різних операцій. Препарати не марковані, але в направленні відмічено, котрі тканини знаходяться в банці. Яка тактика завідувача патологоанатомічним відділенням?

15. Архівні гістологічні препарати пухлин зберігаються протягом 30 років у вашому патологоанатомічному відділенні. Чи можна їх ліквідувати?

16. З пологового будинку доставлено новонароджену дитину вагою 600 г., ріст 24 см з ознаками недоношення. Померла через 2 години після народження. Яка ваша тактика як головного лікаря і прозектора?

17. У хворої під час операції видалено матку, дві труби, два яєчники. Як врахувати кількість біопсій?

18. Хворий 68 років поступив у районну лікарню з ознаками кишкової непрохідності. Через 18 годин після перебування в стаціонарі помер з ознаками серцево-судинної недостатності. Родичі просять видати труп без секції. Яка тактика головного лікаря?

19. У лікарню доставлено чоловіка 46 років без свідомості. Був знайдений колгоспниками після грози на полі. Клінічний діагноз: пошкодження блискавкою. Помер на другу добу після поступлення. Якою має бути тактика головного лікаря?

20. У лікарню доставлено жінку 16 років з кровотечею з матки, температурою 39 градусів, блідістю. З анамнезу відомо, що їй було проведене переривання вагітності за межами лікарні. Померла на 3 добу з ознаками розлитого перитоніту. Яка тактика головного лікаря?

21. Хвора 48 років знаходилась у хірургічному відділенні протягом 3-х тижнів у зв'язку з переломом стегна. Травму одержала при автоаварії. В останні дні



відмічалось підвищення температури тіла. Померла з ознаками серцево-легеневої недостатності. Рідні просять видати труп без секції. Яке рішення має прийняти головний лікар?

22. У номерній лікарні проведено ряд операцій. Необхідно провести гістологічне дослідження біопсійного матеріалу, проте в штатах лікарні відсутній патологоанатом. Хто повинен провести дослідження операційного матеріалу?

23. Під час операції у дитини С., видалена нирка в зв'язку з наявністю пухлини Вільмса. Хірургом для гістологічного дослідження направлено шматочок нирки, другу частину органа залишено для виготовлення макропрепарату, а третю відправлено в друге патологоанатомічне відділення. Чи вірні дії хірурга?

24. При перевірці патологоанатомічної служби лікарні відмічено, що патологоанатом не повністю оформляє документацію після секції. В історіях хвороби є тільки патологоанатомічний діагноз. Поясніть, чи вірно зроблено зауваження?

25. У лікарню поступила хвора з явищами перитоніту. Під час операції виявлено дефект у тонкій кишці, котрий був зашитий. На 5 добу хвора померла. На секції виявлено ознаки хірургічного втручання, явища перитоніту і дефект у дні матки. Яка тактика прозектора має бути в такому випадку?

26. У хірургічному відділенні районної лікарні у хворої видалено шлунок, а в гінекологічному відділенні зроблено операцію з видаленням матки і додатків. Яка подальша доля цього операційного матеріалу?

27. У дільничній лікарні помер хворий. Хто і де повинен провести секцію цього трупа?

28. У лікарні помер хворий, котрий був доставлений за 4 години до смерті без свідомості. Головний лікар попросив патологоанатома видати труп кафедрі анатомії людини для навчальної мети. Які порушення мають місце в даній ситуації?

29. Чи підлягає секції труп новонародженої дитини вагою 550 г і довжиною 23 см?

30. Потрібно звільнити місце в приміщенні, де зберігаються архівні документи, гістологічні препарати. Які препарати можна знищити в першу чергу?

31. У патогістологічну лабораторію доставлено на дослідження загнивший хробакоподібний паросток. Яка має бути тактика прозектора?

32. Дитина 4 років знаходилася на лікуванні з приводу дифтерії. Померла на 4 добу після поступлення з явищами асфіксії. Яка тактика прозектора? Який порядок видачі трупа родичам?

33. Хворий знаходиться на операційному столі, під час операції взято біопсію і направлено для термінової діагностики. На протязі якого часу прозектор має дати відповідь?

34. У хірургічне відділення поступила дитина 3 років з ознаками асфіксії. Мама говорить, що дитина гралась гудзиками. Через 1 годину після поступлення в стаціонар дитина померла, не зважаючи на те, що була зроблена трахеотомія. Родичі просять видати труп без секції. Яка має бути тактика головного лікаря і прозектора?

35. У терапевтичному відділенні лікарні з приводу гастриту знаходилася хвора П., 35 років. Смерть наступила від скарлатини. Яка особливість секції і видачі трупа родичам у такому випадку?

36. Під час секції померлого Н., 20 років поставлено діагноз - сепсис. У патологоанатомічному відділенні відсутня бактеріологічна лабораторія. Де буде проведено бактеріологічне дослідження?

37. У процесі знайомства з історією пологів лікар-патологоанатом відмітив такі обставини: мама спала з новонародженою дитиною в одному ліжку, сон мами був дуже міцний, ранком виявилось, що обличчя мертвої дитини було накрите молочною залозою мами. Під час секції виявлена картина асфіксії. Яка має бути тактика патанатома в данному випадку?

38. У патологоанатомічне відділення доставлено банку з біопсійним матеріалом. На бланку направлення відсутній клінічний діагноз. Яка тактика прозектора в даній ситуації?

39. У хірургічне відділення поступив хворий К., 18 років з болями в животі, підвищеною температурою, симптомами подразнення очеревини. На другу добу хворий помер. На секції виявлено підшкірні крововиливи в поперековій ділянці, велику заочеревинну гематому, розрив нирки. Якою має бути тактика прозектора?

40. Хворий, котрому місяць тому назад було зроблено біопсійне дослідження пухлини, попросив видати йому на руки патогістологічне заключення і гістологічний препарат для консультації в іншому лікувальному закладі. Яке має бути рішення завідувача патологоанатомічним відділенням?

41. Патологоанатома з обласного центру викликали в центральну районну лікарню провести секцію трупа жінки, котра померла від сепсису, що розвинувся після кримінального штучного аборт. Яка тактика лікаря-патологоанатома в цьому випадку?

42. Чи підлягає розтину труп новонародженого хлопчика вагою 750 г і довжиною тіла 28 см?

43. З пологового відділення доставлено труп новонародженого вагою 600 г з ознаками недоношення. Смерть наступила через 2 години після народження. Яка ваша тактика як головного лікаря і прозектора?

44. Під час секції померлої К., з терапевтичного відділення патологоанатом запідозрив хворобу Боткіна. Які дії лікаря-патологоанатома в такій ситуації мають бути обов'язковими?

## **2 Обговорення основних положень теми.**

### **ТЕМА 3 СУЧАСНА ТЕОРІЯ ДІАГНОЗУ.**

**Мета заняття:** вивчити основні положення з формулювання діагнозу та оформлення лікарського свідоцтва про смерть.

#### **АЛГОРИТМ ПРАКТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ**

Питання до самостійної підготовки:

1. Поняття про формулювання діагнозу.
2. Структура і логіка клінічного та патологоанатомічного діагнозів.
3. Поняття про основне захворювання.
4. Поняття про ускладнення основного захворювання.
5. Поняття про супутні захворювання.

6. Поняття про комбіноване основне захворювання.
7. Поняття про конкуруючі захворювання.
8. Поняття про поєднанні та фонові захворювання.
9. Поняття про безпосередню причину смерті.
10. Міжнародна класифікація та номенклатура захворювань.
11. Особливості формулювання діагнозу при наявності оперативного втручання, лікарської помилки та невірної маніпуляції.
12. Співставлення клінічного та патологоанатомічного діагнозів.
13. Правила оформлення лікарського свідоцтва про смерть.
14. Поняття про "кінцеве", "попереднє", "на заміну попереднього" свідоцтво про смерть.
15. Особливості заповнення першої частини п.8 з виділенням підпунктів а, б, в і заповнення другої частини п.8.
16. Особливості заповнення лікарського свідоцтва про смерть у дитячій практиці при перинатальній патології.
17. Особливості заповнення лікарського свідоцтва про смерть у щелепно-лицевій практиці.

#### Приклади ситуаційних завдань.

1. У лікарню доставлено хвору Я., 70 років з приводу раку шлунка. При перевезенні хворої в рентгенологічний кабінет вона раптово померла. На секції виявлено злоякісну пухлину з руйнуванням стінки шлунка та численні метастази, інфаркт міокарда, розрив міокарда, гемоперикард. Яке захворювання слід вважати основним, яке супутнім? Виписати лікарське свідоцтво про смерть.

2. На секції трупа померлого чоловіка від уремії на ґрунті хронічного гломерулонефриту виявлено хронічний бронхіт з емфіземою легень і сітчастим дифузним пневмосклерозом, генералізований атеросклероз всіх артерій, рак

нижньої губи в початковій стадії інвазивного росту. Які патології слід віднести до категорії основного та супутнього захворювання?

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

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

5. Під час секції виявлено: склероз клапанів серця, поліповидно-виразковий вальвуліт аортального клапана з його перфорацією, інфаркти селезінки, нирок, хронічний бронхіт, атеросклероз аорти. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

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

7. Під час аутопсії померлого виявлено гіпертрофію лівого шлуночка серця, вторинно зморщену нирку, фібринозний перикардит, фібринозну дрібновогнищеву бронхопневмонію, набряк легень, серозний трахеїт, серозно-геморагічний ентерит,

камені жовчного міхура, злуки черевної порожнини. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

8. Під час аутопсії виявлено наявність крові в просвіті шлунка, тонкої кишки, блідість тканин внутрішніх органів, туберкульозну каверну в ділянці верхівки правої легені, гіпертрофію правого шлуночка серця, зменшення розмірів печінки з її деформацією, великими ділянками сполучної тканини і дрібними вузликами регенерації, розширення вен стравоходу, атеросклероз аорти. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

9. Під час секції патанатом виявив наступну картину: первинно-гангренозний апендицит, з приводу якого було зроблено операцію апендектомію; геморагічну інфільтрацію підшлункової залози, набряк легень, перелом 4-5-6-7 ребер з правої сторони і 3-4 ребер – з лівої, хронічний бронхіт, інфаркти селезінки, тотальний трансмуральний інфаркт задньої стінки лівого шлуночка серця, пристінковий тромб лівого вушка серця, тромбоз правої ниркової артерії і судин брижі апендикса. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

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

11. Під час аутопсії померлого М., 47 років виявлено наступні морфологічні зміни: фібринозно-геморагічний трахеобронхіт, коліт, фібринозний перикардит, гіперплазію селезінки, набряк легень, набряк головного мозку, вдавлення півкуль мозочку в великий потиличний отвір, камені в жовчному міхурі, гострий дифузний гломерулонефрит, атеросклероз аорти і коронарних судин,

атеросклеротичний кардіосклероз. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

12. Під час секції померлого Л., 42 років, патанатом виявив наступну картину: ерозивний гастрит, асцит, двобічний гідроторакс, застійне повнокрів'я нирок, ціанотичну індурацію селезінки, буру індурацію легень, геморагічний інфаркт нижньої долі правої легені, мускатний цироз печінки, атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертрофію стінок правого і лівого шлуночків серця з розширенням їх порожнин, ревматичну ваду серця: склероз мітрального і аортального клапанів з їх недостатністю і стенозом атріовентрикулярного і аортального отворів. Фібринозні бородавки на клапанах. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

13. Під час секції померлої К., 52 років з гінекологічного відділення виявлено наступні морфологічні зміни: атеросклероз аорти, інфантильну матку, атрофію і склероз яєчників і маткових труб, бічний гідронефроз з вкратним розростанням жирової клітковини навколо нирок, хронічний бронхіт, дифузний пневмосклероз, емфізему легень, хронічне легеневе серце, загальне венозне повнокрів'я, мускатну печінку, червоні obturуючі тромби у венах лівої гомілки, тромбоемболію головного стовбура легеневої артерії, інфаркти легень в нижніх долях. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

14. Після секції померлої Н., 58 років був виставлений наступний діагноз: Основне захворювання: атеросклероз аорти, судин головного мозку і серця. Ускладнення основного захворювання: помірна гіпертрофія стінки лівого шлуночка, фібринозний перикардит, набряк м'якої мозкової оболонки, речовини головного мозку. Супутні захворювання: хронічний дифузний гломерулонефрит з переходом у вторинно зморщену нирку, гастрит, фібринозний коліт, фібринозний плеврит, асцит, виснаження, деформуючий поліартрит кистей рук і стоп.

Субсерозна фіброміома матки. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

15. Після секції померлого К., 24 років був виставлений наступний діагноз: Основне захворювання: ішемічна хвороба серця, атеросклероз коронарних судин, атеросклеротичний кардіосклероз, вогнища ішемії і дистрофії кардіоміоцитів, субепікардіальні крововиливи. Ускладнення основного захворювання: набряк легень, крововиливи в ділянці хвоста підшлункової залози, геморагічний трахеобронхіт, серозно-геморагічний ентерит. Супутні захворювання: виразково-петрифікуючий атеросклероз аорти, пристінкові тромби аорти, хронічний бронхіт, полікістоз нирок. Вкажіть допущені помилки при формулюванні патанатомічного діагнозу. Сформулюйте правильний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

16. Після секції померлого Н., 51 рік було виставлено наступний діагноз: Основне захворювання: розсіяний склероз (церебральна форма), набряк і потовщення м'яких мозкових оболонок. Ускладнення основного захворювання: дистрофічні зміни в паренхіматозних органах. Кахексія. Супутні захворювання: двобічний хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз легень з ацинозно-нодозною дисемінацією, ліпідоз аорти. Проаналізуйте такий діагноз, вкажіть на допущені помилки. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

17. Після секції померлої Л., 31 рік було поставлено наступний діагноз: Основне захворювання: субсерозна фіброміома матки, гіперплазія селезінки. Ускладнення основного захворювання: позаматкова вагітність, розрив ампулярної частини правої маткової труби, внутрішня кровотеча, анемія внутрішніх органів, набряк легень. Вкажіть допущені помилки при формулюванні діагнозу. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.



18. Хворому під час бронхоскопії було пошкоджено стінку правого головного бронха і парієтальну плевру, внаслідок чого виник правобічний пневмоторакс і медіастінальна емфізема. Для ліквідації вказаних патологічних змін проведено операцію з дрениванням плевральної порожнини, зашивання розриву правого головного бронха, правобічну білобектомію. Після операції хворого виникла двобічна аспіраційна пневмонія, набряк головного мозку, вдавлення півкуль у великий потиличний отвір. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

19. Під час аутопсії померлого К., 36 років виявлена наступна патологія: гіпертонічна хвороба (гіпертрофія лівого шлуночка серця), хронічний алкоголізм, атрофія головного мозку, помірна внутрішня гідроцефалія, біла гарячка, кахексія, загальне венозне повнокрів'я, значні дистрофічні зміни в паренхіматозних органах, лівобічна крупозна пневмонія з фібринозним плевритом. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

20. Під час секції померлого М., 48 років виявлено наступні зміни: пневмосклероз, емфізема легень, атеросклеротичний нефросклероз, ішемічна хвороба серця: стенозуючий атеросклероз коронарних артерій, тромбоз лівої вінцевої артерії серця, трансмуральний інфаркт лівого шлуночка, розшаровуючий розрив міокарда, тампонада перикарда. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

21. Хворому К., 38 років зроблено операцію апендектомію з приводу флегмонозно-гангренозного апендициту. На третій день після операції розійшлися шви кукси апендикса, виник фібринозно-гнійний перитоніт, гіпостатична пневмонія, жирова дистрофія печінки. Під час секції померлого знайдено ще крім вищезгаданої патології виразково-петрифікуючий атеросклероз аорти та судин мозку. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

22. У хворого С., 50 років, котрий хворів раком тіла головки підшлункової залози виникла механічна жовтяниця внаслідок здавлювання загального жовчної протоки і гнійного ангіохоліту з абсцедуванням. Була проведена операція з дренаванням жовчного міхура. Під час секції померлого виявлено гнійно-жовчний перитоніт, піддіафрагмальний абсцес, розплавлення сухожилкового центру правого купола діафрагми, правобічний піоторакс з компресійним ателектазом правої легені, паренхіматозну дистрофію внутрішніх органів, метастази рака підшлункової залози в наднирники. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

23. Під час секції померлого С., 43 років виявлено: ішемічну хворобу серця, котра проявилася атеросклерозом коронарних судин, атеросклеротичним кардіосклерозом, крім того, знайдено атеросклероз аорти, хронічну виразку дванадцятипалої кишки з порушенням евакуаторної функції шлунка, виснаження, аспірацію шлункового вмісту в трахею, бронхи, гнійну аспіраційну пневмонію, дистрофію в паренхіматозних органах. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

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

25. Під час секції померлого Н., 62 років виявлено: хронічний бронхіт, дифузний пневмосклероз, бронхоектази, емфізему легень, хронічне легеневе серце, венозне повнокрів'я внутрішніх органів, атеросклероз аорти, коронарних артерій,

судин головного мозку, субдуральну гематому в правій півкулі мозку з компресією тканин. набряк м'якої мозкової оболонки. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

26. Під час секції померлого С., 52 роки виявлено: аскаридоз, атеросклероз аорти і коронарних судин, атеросклеротичний кардіосклероз, двобічний геморагічний плеврит і перикардит із здавлюванням серця, декомпенсація серцевої діяльності, численні геморагічні інфаркти легень, асцит, набряки нижніх кінцівок, мускатну печінку, виснаження, вузловий рак периферичного бронха правої легені з метастазами в плевру, бронхіальні і шийні лімфатичні вузли і печінку. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

27. Під час секції померлої Н., 34 роки, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні, де було проведено 27.09.93 р. надвагінальну ампутацію матки з додатками з приводу текоми яєчника, а 4.10.93 р. операцію: розширення рани лівої здухвинної ділянки та її дренивання, виявлено пошкодження стінки сечового міхура і стінки сигмоподібної кишки під час операції відновлення цілісності сечового міхура і кишки, недостатність швів сечового міхура. Розлитий гнійний перитоніт, численні абсцеси між петлями кишечника, васкуліт віток мезентеріальних артерій з їх тромбозом, геморагічні інфаркти кишечника, двобічну нижньочасткову бронхопневмонію, некротичний нефроз, уремію, набряк легень, паренхіматозну дистрофію міокарда, печінки. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

28. Під час секції виявлено: анасарку, повнокрів'я внутрішніх органів, набряк головного мозку і легень, правобічну дрібновогнищеву бронхопневмонію, гострий дерматополіміозит. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

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

30. Після секції померлого Л., 49 років було виставлено наступний діагноз: Основне захворювання: Амілоїдоз нирок, ціанотична індурація нирок. Ускладнення основного захворювання: Периферичні та порожнинні набряки. Супутні захворювання: Атрофічний гастрит, фіброзно-кавернозний туберкульоз легень з вогнищами зливної пневмонії в нижніх долях і продуктивними ацинозними і нодозними вогнищами, емфізема легень, хронічне легеневе серце, атеросклероз аорти. Проаналізуйте такий діагноз. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

31. Хворий К., 42 років, який хворів на протязі 6 років патологією нирок (хронічний дифузний гломерулонефрит) помер від крововилива в головний мозок. На секції виявлено вторинно зморщену нирку, гіпертрофію стінки лівого шлуночка до 2,5 см, набряк головного мозку, набряк легень, крововилив у ділянці правих вузлів головного мозку з проривом в бокові шлуночки. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

32. Після секції померлого Ю., 49 років, був встановлений наступний діагноз: Основне захворювання: Виразково-петрифікуючий атеросклероз коронарних судин. Ускладнення основного захворювання: Атеросклеротичний кардіосклероз, декомпенсація легеневого серця, відносна недостатність тристулкового клапана, периферичні і порожнинні набряки (асцит, гідроперикардіум, гідроторакс), мускатний цироз печінки, венозне повнокрів'я внутрішніх органів. Супутні

захворювання: циротичний туберкульоз легень, емфізема легень. Проаналізуйте наведений приклад і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

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

34. Після секції померлого Н., 48 років, котрий знаходився на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні було поставлено наступний діагноз: Основне захворювання: Хронічний алкоголізм: атрофія головного мозку, внутрішня гідроцефалія, склероз м'яких мозкових оболонок, значні дистрофічні зміни гангліозних клітин мозку, стеатоз печінки. Ускладнення основного захворювання: набряк і набухання речовини головного мозку і його оболонок. Супутні захворювання: ішемічна хвороба серця: стенозуючий атеросклероз коронарних артерій, інфаркт задньої стінки лівого шлуночка серця, загальне венозне повнокрів'я, набряк легень. Проаналізуйте наведений приклад і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

35. Хворий Л., 47 років, який тривалий час вживав алкоголь у великих дозах, лікувався в психіатричній психіатрії і раптово помер. Після секції були виявлені слідувачі патанатомічні зміни: склероз м'яких мозкових оболонок, дистрофічні зміни в гангліозних клітинах головного мозку, стеатоз печінки, дистрофічні зміни в міокарді, нирках: набряк і набухання речовини головного мозку, внутрішня гідроцефалія, двобічна, переважно нижньодольова крупновогнищева гнійна бронхопневмонія. Гліобластома з руйнуванням правої лобної ділянки з проростанням у праві базальні вузли і ніжки мозку, стовбурову частину мозку.

Проаналізуйте наведений приклад і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

36. Після секції померлої М., 38 років, якій в гінекологічному відділенні було зроблено аборт, а через 3 місяці вона померла в нейрохірургічному відділенні від набряку головного мозку, що розвився на фоні пухлини головного мозку виставлено наступний діагноз: Основне захворювання: Ревматична вада серця: склероз і недостатність мітрального клапана. Ускладнення основного захворювання: Венозне повнокрів'я внутрішніх органів, мускатна печінка, ціанотична індурація нирок, селезінки, набряк мозкових оболонок. Супутні захворювання: хоріонепітеліома матки, метастаз хоріонепітеліоми в головний мозок і легені, сіре розм'якшення лівої півкулі мозку. Проаналізуйте наведений приклад і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

37. Під час секції померлої К., 48 років, яка лікувалася в психіатричній клініці і раптово померла, виявлено наступну картину: вроджений стеноз сечоводів, двобічний гідронефроз, гіпертонічна хвороба: гіпертрофія стінки лівого шлуночка серця, субсерозна фібролейоміома матки, тривожно-депресивний синдром (за клінічними даними), хронічний бронхіт, бронхосклероз, сітчастий пневмосклероз, емфізема легень, хронічне легеневе серце, загальне венозне повнокрів'я, мускатна печінка, набряк ніг, застійний тромбоз вен лівої нижньої кінцівки, тромбоемболія легеневого стовбура і розгалужень легеневої артерії, геморагічні інфаркти легень. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

38. Під час секції померлої Н., 28 років, яка безуспішно лікувалася в терапевтичному відділенні районної лікарні виявлено наступні зміни: набряк легень, гідроперикад (150 мл), гідроторакс (400 мл), асцит (700 мл), гіпертрофія міокарда, кардіосклероз, геморагічний інфаркт правої легені, загальний ціаноз,

атрофічна мускатна печінка, застійна індурація нирок і селезінки, бура індурація легень, ревматичний міокардит (наявність гранулем Ашоф-Талалаєва), поворотний бородавчатий ендокардит двостулкового, тристулкового і аортальних клапанів, ревматична вада серця: стеноз атріовентрикулярних отворів, недостатність двостулкового і тристулкового клапанів. Проаналізуйте цей випадок: сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

39. Під час секції померлого 63 років виявлено наступні морфологічні зміни: виразковий і петрифікуючий атеросклероз аорти, фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені, емфізема легень, пневмосклероз, легеневе серце, гостра аневризма стінки лівого шлуночка серця, розрив аневризми, гемоперикард (259 мл), загальне венозне повнокрів'я, мускатна печінка, ціанотична індурація нирок і селезінки, гідроторакс, стенозуючий коронаросклероз (стеноз 73% просвіту), дифузний кардіосклероз, трансмуральний інфаркт передньої стінки лівого шлуночка. Проаналізуйте наведені морфологічні зміни. Сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

40. Померлий хворий П., 76 років, поступив у клініку з явищем вираженої розумової відсталості. За 8 днів до смерті підвищилась температура, з'явилися ознаки менінгіту. На секції виявлено наступні морфологічні зміни: виразковий і петрифікуючий атеросклероз аорти, судин головного мозку, стенозуючий коронаросклероз (звуження до 75% просвіту), кардіосклероз, загальне венозне повнокрів'я, хронічний бронхіт, циліндричні бронхоектази з нагноєнням, двобічна гнійна бронхопневмонія, перибронхіальний і периваскулярний склероз, метастатичний гнійний стафілококовий менінгіт, набряк мозку, вклинення півкуль мозочка у великий потиличний отвір. Проаналізуйте наведені морфологічні і клінічні дані і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

41. Померла хвора Г., 60 років, поступила в неврологічну клініку зі скаргами на відчуття заніміння в правих кінцівках та мозковою симптоматикою. Було поставлено діагноз: ішемічний інфаркт у басейні вертебро-базиллярної артерії на ґрунті загального атеросклерозу. Смерть наступила раптово. На секції виявлено морфологічні дані, які підтвердили клінічний діагноз, але, крім того, було знайдено ще хронічний тромбофлебіт і варикозне розширення вен гомілок стегон, тромбоемболія легеневого стовбура і гілок легеневої артерії, множинні геморагічні інфаркти легень, двобічний фібринозний плеврит; стенозуючий атеросклероз судин головного мозку, атрофія головного мозку, внутрішня гідроцефалія, обтуруючий змішаний тромбоз середньої мозкової артерії, ішемічний інфаркт заднього відділу внутрішньої капсули лівої півкулі головного мозку. Проаналізуйте наведені морфологічні та клінічні дані і сформулюйте правильний патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

42. У хірургічному відділенні помер хворий Л., 72 років, від двобічної бронхопневмонії, яка розвинулася після перфорації апендикса незважаючи на те, що була проведена операція апендектомія з дрениванням черевної порожнини. На секції виявлено: флегмонозно-виразковий апендицит, розлитий перитоніт, двобічну нижньодольову великовогнищеву бронхопневмонію, дистрофічні зміни в паренхіматозних органах, виразковий і петрифікуючий атеросклероз аорти, стенозуючий атеросклероз мозкових артерій та коронарних судин. На основі клінічних даних і результатів секції сформулюйте патологоанатомічний діагноз і лікарське свідоцтво про смерть.

43. У гінекологічному відділенні померла жінка 42 років з ознаками черевної патології. На секції виявлено: субсерозну фібролейоміому матки, правобічну ампулярно-трубну вагітність, розрив маткової труби, гемоперитонеум (200 мл), блідість слизових оболонок, малокрів'я внутрішніх органів, дрібні петехіальні крововиливи у вісцеральних листках плеври. Точкові крововиливи в епікарді. На



основі наведених даних сформулюйте патологоанатомічний діагноз і лікарське свідоцтво про смерть.

44. У неврологічному відділенні померла хвора 46 років при наростанні стовбурової симптоматики. На секції виявлено набряк і набухання головного мозку, гліобластома в області підкоркових вузлів правої півкулі головного мозку, розм'якшення тканини пухлини з проривом некротичних мас у просвіт правого бокового шлуночка. Біле розм'якшення головного мозку навколо пухлини, а також у стовбуровій ділянці під чотиригорбиковим тілом. На основі даних сформулюйте патологоанатомічний діагноз і лікарське свідоцтво про смерть.

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

46. На секцію доставлено плід вагою 4,900 кг з пологовою травмою головного мозку. З історії пологів відомо, що остання закінчилась вакуумекстракцією з-за слабкості пологової діяльності і невідповідності розмірів тазу та плода. Термін вагітності 42 тижні. Заповніть лікарське свідоцтво про смерть.

47. Дитина віком 3 місяці з численними вадами розвитку нервової системи, серцево-судинно системи помирає від двобічної дрібновогнищевої пневмонії. Сформулюйте патологоанатомічний діагноз та лікарське свідоцтво про смерть.

#### Додаток N 1

У патологоанатомічному діагнозі в повному вигляді записуються основне захворювання, його ускладнення, а також всі супутні захворювання та їх ускладнення.

**Основним рахується те захворювання, котре безпосередньо або через ускладнення, тісно з ним пов'язане, спричинило смерть.**

До ускладнень відносяться ті патологоанатомічні процеси, які патогенетично пов'язані з основним захворюванням.

Супутніми захворюваннями рахуються найважливіші нозологічні форми, які за даними розтину і клінічно не зв'язані безпосередньо з основним захворюванням.

Зразок N 1

Патологоанатомічний діагноз

**Основне захворювання:** Виразкова хвороба шлунку з наявністю виразки на малій кривизні.

**Ускладнення основного захворювання:** Перфорація виразки, дифузний фібринозно-гнійний перитоніт.

**Супутні захворювання:** Аденома передміхурової залози, хронічний цистит.

Зразок N 2

**Основне захворювання.** Бокова кіста шиї з нагноєнням.

**Ускладнення:** флегмона шиї. Інтоксикація. Некротичний нефроз. набряк легень. Гостра серцево-судинна недостатність.

**Супутні захворювання.** ІХС. Дифузний кардіосклероз. Мускатна печінка. гіпертонічна хвороба 2 ст. Атеросклероз аорти. Ерозивний гастрит

Додаток N 2

Лікарське свідоцтво про смерть.

У розділі "Причини смерті:" - коротко записуються те, що зумовило смерть померлого. При цьому потрібно відрізнити два поняття: Основна причина смерті та безпосередня причина смерті.

У рядку "А" - записують безпосередню причину смерті.

У рядку "Б" - записують той процес, розвиток якого призвів до безпосередньої причини смерті.

У рядку "В" - записують основну причину смерті, в ролі якого виступає основне захворювання.

У рядку "II" записують супутні захворювання, які сприяли настанню смерті.

Зразок заповнення лікарського свідоцтво про смерть

А - гостра анемія

Б - ерозивна кровотеча

В - бронхогенний рак правої легені.

II - немає

Література Основна: 1.

1. Патологічна анатомія.К.: Медицина, 2015.
2. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. М.:, 1993.
3. Серов В.В., Дрозд Т.Н., Варшавский В.А., Татевосянц Г.О. Руководство к практическим занятиям по патологической анатомии. М.: Медицина, 1987. - 234 - 239 стр.
4. Хазанов А.Т., Чалисов И.А. Руководство по секционному курсу. М.: Медицина, 1976. - 5 - 20 стр.

### Додаток 3

## Бланк лікарського свідоцтва про смерть

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України

від 8 серпня 2006 р. N 545

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування у сфері управління яких перебуває заклад, _____  Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення, _____ _____  Ідентифікаційний код ЄДРПОУ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>
Форма первинної облікової документації  <b>N 106/о</b>  <b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>  Наказ МОЗ України 08.08.2006 N 545											

Лікарське свідоцтво про смерть N \_\_\_\_

(остаточне, попереднє, замість попереднього N \_\_\_\_, замість остаточного N \_\_\_\_)  
(видається для реєстрації в органах реєстрації актів цивільного стану)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(дата видачі)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

2. Стать: чол. - 1, жін. - 2 (підкреслити).

3. Дата народження: рік місяць число \_\_\_\_\_

4. Дата смерті: рік місяць число \_\_\_\_\_

5. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 місяця:  
доношений - 1, недоношений - 2 (підкреслити).

6. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 року:

а) маса (вага) при народженні \_\_ г,

б) зріст при народженні \_\_\_\_\_ см.

7. Місце проживання померлого:

Держава \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_,

район, місто, смт - 1, селище - 2 (підкреслити),

вул. \_\_\_\_\_, буд. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_

8. Місце смерті:

а) держава \_\_\_\_\_, республіка, область \_\_\_\_\_,

район \_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_,  
(вписати)

б) смерть настала: у стаціонарі - 1, вдома - 2, в іншому місці - 3 (підкреслити)

\_\_\_\_\_ (вписати, де)

----- лінія відрізу -----  
-----

### Довідка про причину смерті

(до форми N 106/о N \_\_\_\_\_, видається для поховання)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого \_\_\_\_\_

2. Вік померлого \_\_\_\_\_ 3. Дата смерті "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
(число, місяць, рік)

4. Причина смерті \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (основна причина смерті)

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який видав довідку \_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. М. П. \_\_\_\_\_  
(дата видачі) (підпис лікаря)

9. Смерть настала внаслідок: захворювання - 1, неуточненої причини смерті - 2, нещасного випадку поза виробництвом - 3, нещасного випадку у зв'язку з виробництвом - 4, навмисного самоушкодження - 5, нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження - 6, випадків ушкодження з невизначеним наміром - 7, ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій - 8, ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги - 9, віддалених наслідків зовнішніх причин захворюваності та смертності - 10 (підкреслити).

10. Причина смерті встановлена: лікарем, який тільки встановив смерть, - 1, лікарем, який лікував померлого, - 2, патологоанатомом - 3, судово-медичним експертом - 4 (підкреслити)

11. Я, лікар \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові)

посада \_\_\_\_\_,

засвідчую, що на підставі: огляду трупа - 1, записів лікаря в медичній документації - 2, попереднього нагляду за хворим - 3, розтину - 4 (підкреслити) мною визначена послідовність патологічних процесів (станів), які призвели до смерті, та встановлена така причина смерті:

I. Хвороба (патологічні стани), що призвела до смерті:

а) \_\_\_\_\_ Приблизний час  
(безпосередня причина смерті) між початком

б) \_\_\_\_\_ захворювання і

в) \_\_\_\_\_ смертю

г) \_\_\_\_\_

(б, в, г - захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останню чергу)

II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові, підкреслити), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті \_\_\_\_\_.

У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності \_\_\_\_\_, день післяпологового періоду \_\_\_\_\_, тиждень після пологів \_\_\_\_\_

12. У випадках смерті від травми, отруєння та дії зовнішніх чинників:

а) дата травми (отруєння): рік \_\_\_\_\_, місяць \_\_\_\_\_, число;

б) місце й обставини, при яких відбулася травма (отруєння) \_\_\_\_\_

13. Якщо померлий (а) відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зазначити категорію \_\_\_\_\_, серію \_\_\_\_\_ свідоцтво (вписати).

Підпис \_\_\_\_\_ лікаря, \_\_\_\_\_ який

заповнив \_\_\_\_\_ свідоцтво

\_\_\_\_\_ М. П.  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

(прізвище, ім'я, по батькові одержувача)

(підпис)

## ТЕМА 4. ОСОБЛИВОСТІ БІОПСІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

**Мета:** засвоїти основні види прижиттєвих морфологічно-діагностичних методів та, зокрема, пункційну, інвазивну, операційну, аспіраційну біопсії.

**Завдання:**

**Знати:** існуючі способи отримання матеріалу для цитологічного та гістологічного досліджень.

**Навчитись** основним перевагам, недолікам та особливостям морфологічної діагностики стоматологічних захворювань у лікувально-профілактичних закладах.

**Вміти:** ґрунтовно застосовувати основні види біопсійного дослідження для діагностики захворювань у щелепно-лицевій ділянці.

При клінічній диференційній діагностиці різних патологічних процесів (запальних, гіперпластичних, пухлинних і т. п.), що розвиваються в щелепно-лицевій області, нерідко виникають значні труднощі, що диктують нагальну необхідність застосування допоміжних методів дослідження. Серед них важливе місце посідає морфологічний метод, зокрема біопсія. Проте проведення відкритої хірургічної біопсії в щелепно-лицевій області при складних анатомо-топографічних умовах не завжди виявляється можливим. Необхідно зазначити також на деякі форми патології слизової оболонки порожнини рота, при яких біопсія часто протипоказана, а клінічні прояви захворювання не дозволяють із повною впевненістю діагностувати те чи інше ураження (стоматит, пухирчатка та інші).

Останні 15-20 років серед безлічі допоміжних діагностичних тестів стабільне місце завоював метод цитологічного дослідження пунктатів, зіскрібків, мазків-відбитків, екскретів і секретів різних органів і тканин.

Метод цитологічної діагностики відрізняється простотою і легкістю отримання та обробки матеріалу і може бути здійснений практично в умовах будь-якого лікувального закладу. На даний час загальноновизнана його висока вірогідність. Цитолог ставить діагноз значно раніше патологоанатома, практично в момент обстеження хворого; він може багаторазово досліджувати матеріал, отримання якого супроводжується мінімальним травмуванням і, таким чином, спостерігати процес у динаміці, визначаючи ефективність проведеного лікування. Цитологічне дослідження матеріалу з вогнища ураження дозволяє в ряді випадків виявляти первинні ознаки малігнізації пухлини.

Цитологічне дослідження можливо проводити за типом часової біопсії, під час оперативного втручання; його переваги тут особливо виражені, при звапнених пухлинах, при розвитку великих вогнищ розпаду патологічно зміненої тканини, коли не можна приготувати гістологічні препарати на заморожувальному мікротомі.

Термінове субопераційне гістологічне біопсійне дослідження виконується протягом 20-30 хв. Планове дослідження мусить бути виконане не пізніше, ніж через 48 годин з моменту надходження матеріалу в лабораторію.

Для успішної діагностики того чи іншого патологічного процесу за допомогою цитологічного методу дослідження велике значення має правильний вибір способу забору матеріалу, найбільш адекватного при даному захворюванні, що дозволяє отримати достатню кількість повноцінних клітинних елементів.

Серед існуючих способів отримання матеріалу для цитологічного дослідження розрізняють: а) пункційну біопсію, б) аспіраційну біопсію, в) зіскрібки, г) мазки-відбитки.

*Під біопсією розуміють прижиттєве висічення тканин для подальшого їх гістологічного вивчення з метою встановлення правильного діагнозу.*

**Пункційна** біопсія здійснюється за допомогою спеціальних голок (голка Скалдїна, П'ятницького, Медвинського та ін.), в конструкції яких передбачено отримання стовпчика досліджуваної тканини. З останньої роблять мазки-відбитки, а потім відправляють у батарею для заливки в парафін з метою виготовлення гістологічних препаратів. Переваги даної методики полягають у тому, що отримують майже завжди повноцінний і достатній за кількістю матеріал; є можливість зіставити дані цитологічного і гістологічного досліджень.

Поряд з позитивними сторонами цей метод має і негативні риси: виготовлені мазки не мають достатньої прозорості для вивчення клітин; перед введенням голки в пухлину, шкіру над нею розсікають скальпелем. Пункційну біопсію обов'язково



проводять під місцевою анестезією, але розчин анестетика може змінити структуру клітин і тим самим спотворити справжню цитологічну картину патологічного процесу. Пункція спеціальними голками, наприклад голкою П'ятницького, можлива переважно при значних за розмірами новоутвореннях, якщо вони розташовуються на великій глибині, але при цьому зростає небезпека пошкодження великих кровоносних судин і нервових стовбурів.

**Аспіраційна біопсія** позбавлена зазначених недоліків. Її проводять за допомогою звичайної ін'єкційної голки № 6-20 і стерильного 10-20-грамового шприца. Перш ніж ввести голку, необхідно точно визначити місце пункції так, щоб голка мала найбільш короткий шлях від місця прокола до пунктуючої ділянки. Не рекомендується пунктувати ділянки пухлиноподібного утворення з вираженою флюктуацією, оскільки отриманий гній і детрит можуть затушувати справжню цитологічну картину захворювання.

При пункції кісткових пухлин прокол слід проводити в місці руйнування кортикальної пластини кістки. При збереженні останньої можна користуватися голками більшого діаметра (2-3 мм). Попередньо необхідно вивчити рентгенограми кістки, за якими визначають ділянку найбільшого стоншення кортикальної пластини. У цих випадках рекомендується проводити місцеву анестезію, краще провідникову, яка дозволяє виключити больові відчуття при проколі збереженого, іноді досить щільного, кортикального шару кістки.

Пунктуючи невеликі, часто рухливі, новоутворення або збільшені лімфатичні вузли в привушній, підщелепній ділянках, на шиї, слід обов'язково фіксувати їх пальцями лівої руки, щоб зробити точний укол і отримати достатню для вивчення кількість матеріалу, а також щоб уникнути травмування прилеглих великих кровоносних судин і нервів. При пункції кістозних порожнин отриману рідину поміщують у пробірку, а голку підводять до стінки кісти і беруть матеріал, який потім відправляють на дослідження окремо від рідини.

Спочатку пунктат вивчають макроскопічно, визначають його кількість, колір, характер, консистенцію, наявність включень, що дозволяє правильно відібрати необхідні частинки для приготування мазків. Для дослідження відбирають білясті пластівці, крихтоподібні включення, гнійні грудочки, безбарвні крупинки, ущільнені нитки. Матеріал поміщають на сухі предметні скельця, які попередньо перебували не менше 10 днів у суміші Нікіфорова (спирт і ефір 1:1 ) для знежирення. Матеріал розподіляють рівномірно тонким шаром на предметному склі за допомогою голки або шліфованого скла. Таким чином отримують препарати для подальшої обробки та мікроскопіювання. Іноді при аспірації отримують дрібні шматочки тканинного матеріалу, які можуть бути залиті в парафін для подальшого гістологічного вивчення.

При заборі великої кількості матеріалу, понад 1 мл, його слід помістити в центрифужну пробірку і відцентрифугувати протягом 5-7 хв при швидкості 1500-3000 обертів на хвилину. Якщо рідина містить значні домішки крові, у пробірку попередньо потрібно додати кілька крапель розчину лимонікислого натрію, гепарину або ЕДТА для попередження згортання крові. З отриманого осаду роблять не менше 10 мазків, щоб мати достатню кількість матеріалу для мікроскопіювання. Решту матеріалу зберігають у холодильнику при температурі +4-10° С до кінця дослідження.

У стоматологічній практиці досить часто зустрічаються виразкові, ерозивно-виразкові, міхурові ураження слизової оболонки порожнини рота, червоної облямівки губ, шкіри обличчя, які часто викликають значні труднощі для клінічної діагностики. Цитологічний метод дослідження матеріалу з вогнищ ураження є одним з найбільш достовірних діагностичних тестів.

Методи забору матеріалу при захворюваннях шкіри та слизової оболонки порожнини рота мають деякі особливості. Тому доцільно користуватися зішкрібами

і мазками-відбитками, причому кожний із зазначених методів має свої позитивні і негативні сторони, і у зв'язку з цим особливі показання.

**Зішкріб.** При підозрі на злоякісне новоутворення, коли визначається велика кратероподібна виразка з вивернутими підритими краями або виявляються папіломатозні розростання зроговілого плоского епітелію, рекомендується проводити забір матеріалу шляхом зішкріба. Такий метод дозволяє отримати достатню кількість повноцінних клітинних елементів. За допомогою мазків-відбитків у подібних випадках рідко вдається виявити злоякісне новоутворення, що пояснюється надто малою кількістю поверхнево взятого матеріалу. У кращому випадку можна лише висловити підозру про характер патологічного процесу.

Техніка взяття матеріалу шляхом зішкрібання надзвичайно проста. Попередньо з поверхні виразки слід обережно, за допомогою стерильного тампона або пінцета зняти некротичні маси, прибрати надлишки слини. Якщо дотик до поверхні виразкового дефекту заподіює різкий біль, то необхідно провести знеболення за допомогою аплікаційного анестетика. Потім гострим екскаватором середнього розміру або гостро заточеним шпателем роблять пошкрібання країв виразки або поверхні папіломатозних розростань. Отриманий матеріал обережно, без зусиль розподіляють на предметному склі - препарат готовий для подальшої цитологічної обробки.

При міхурцевих та специфічних ураженнях слизової оболонки порожнини рота, при різних формах стоматиту (герпетичний, афтозний та ін), коли патологічні елементи малі за розмірами і не захоплюють глибоких відділів підслизового шару, то не рекомендується проводити забір матеріалу для цитологічного дослідження шляхом зішкріба, так як при цьому відбувається руйнування основної маси поверхнево розташованих патологічно змінених клітинних елементів, а кровотеча, що виникає внаслідок травмування добре розвиненої капілярної мережі підслизового шару, не дозволяє отримати достатньої їх кількості.

**Мазки-відбитки.** При поверхневих ерозивно-виразкових ураженнях слизової оболонки порожнини рота, за наявності пухирчатих елементів найбільш адекватним методом отримання матеріалу для цитологічного дослідження є метод мазків-відбитків. Існує кілька варіантів забору матеріалу, найбільш поширеними є наступні.

Після попередньої обробки поверхні патологічного процесу, зняття детриту, видалення залишків міхура, просушування від надлишків слини до нього прикладають стерильне предметне скло і таким чином отримують матеріал для дослідження. Однак ця методика придатна в основному при локалізації патологічного вогнища на шкірі обличчя, де зручно маніпулювати великим склом. В умовах порожнини рота більш вигідним є забір матеріалу за допомогою гумових стовпчиків, приготованих зі звичайної шкільної гумки. Величина зазначених стовпчиків не перевищує 0,5 см по ширині і висоті, їх стерилізують в автоклаві або кип'ятінням (після якого обов'язково висушують) і потім, захопивши такий шматочок гумки інструментом, торкаються однією з його поверхонь до патологічного елемента, попередньо обробленого, як описано вище. Отримані відбитки переносять на предметне скло, з незначною силою, щоб уникнути роздавлювання клітинних елементів.

Виготовлені будь-яким із зазначених способів мазки маркують і направляють на цитологічне дослідження. Залежно від характеру об'єкта застосовують різні методи фіксації і забарвлення цитологічних препаратів. На даний час найбільш випробуваними є забарвлення АЗУР-еозиною сумішшю в різних модифікаціях (за Романовським-Гімзою, Паппенгеймом, Лейшманом) та фарбування гематоксилін-еозином. Останній спосіб особливо доцільний при фарбуванні матеріалу, що містить значні домішки слизу і детриту, що часто спостерігається при отриманні матеріалу зі слизової оболонки порожнини рота шляхом зішкрібка. Пунктати і мазки-відбитки рекомендується фарбувати АЗУР-еозиною сумішшю

в будь-якій модифікації. Цей метод дозволяє виявити найтонші зміни в структурі цитоплазми і ядра клітини.

При терміновому цитологічному дослідженні зазвичай використовується прискорений метод фарбування препаратів фарбою-фіксатором Лейшмана.

Мікроскопіювання мазків проводять спочатку під малим збільшенням для виявлення клітинних скупчень, потім їх вивчають під імерсійною системою.

Іноді рекомендується проводити дослідження нативних препаратів. Особливо показаний цей метод при підозрі на актиномікоз, так як у нативних препаратах можна з більшою вірогідністю встановити наявність друз актиноміцета, виявити ксантомні клітини. Досліджуваний матеріал поміщають на предметне скло, покривають покривним склом і в такому вигляді (нефіксований і незабарвлений) досліджують у затемненому полі зору. Після вивчення в нативному вигляді матеріал можна пофарбувати за одним з наведених вище методів.

Отриманий для цитологічного дослідження матеріал повинен бути ретельно маркований: прізвище, ініціали, номер історії хвороби наносять на предметні скла олівцем. Рідини поміщають у пробірки або чашки Петрі і роблять на них наклейки з зазначенням паспортних даних хворого.

Слід пам'ятати, що весь матеріал незалежно від його кількості повинен бути досліджений в одній лабораторії.

Цитологічне дослідження фіксують у спеціальному журналі, де вказують наступні дані: номер дослідження за порядком, дату дослідження, об'єкт дослідження (пунктат, зішкріб, відбиток, рідина), кількість препаратів, передбачуваний клінічний діагноз, цитологічний опис і висновок; далі йде розписка в отриманні відповіді. Перед обробкою матеріалу на предметному склі ставлять номер дослідження, дробому знаменнику проставляють дві останні цифри року.

Архівні цитологічні препарати доброякісних і злоякісних пухлин, процесів підозрілих на пухлинний ріст, специфічне запалення, пухирчатку, повинні

зберігатися постійно. Знищенню підлягають тільки препарати, що не містять клітинних елементів.

Цитологічні препарати можуть бути видані для консультації в інший лікувальний заклад лише за запитом цієї установи. Забороняється видавати бланки з цитологічним висновком на руки хворим.

Інтерпретація та оцінка цитологічних препаратів представляють досить складний процес. Цитолог повинен знати, як виглядають клітини тканини, з якої виходить пухлина, враховувати мінливість цієї тканини при запальних і репаративних процесах, уявляти всі варіанти гістоструктури пухлин, які спостерігаються в даному органі чи тканині. Все це слід зіставляти з клінічною картиною захворювання.

Необхідно завжди пам'ятати, що цитологічне дослідження, як і будь-який інший лабораторний метод, є допоміжним методом, і лікар-цитолог повинен працювати в тісному контакті з клініцистом, мати повну інформацію про клінічний перебіг захворювання.

В умовах, коли цитолог сам бере матеріал для цитологічного дослідження, він отримує достатньо повне уявлення про перебіг і характер патологічного процесу, що допомагає йому надалі при оцінці цитологічної картини. Однак при масових дослідженнях у великих клініках така можливість відсутня, і лікар-цитолог має отримувати від клініциста необхідні клінічні відомості, які відображаються в супровідному документі (бланку). Клініцист зобов'язаний, крім паспортної частини і клінічного діагнозу, детально вказати тривалість захворювання, найважливіші клінічні симптоми, якщо необхідно, рентгенологічну картину, попередні лікувальні заходи, звідки і яким способом взято матеріал на дослідження. Якщо хворий потрапляє на лікування з іншої клініки, де вже проводилося цитологічне дослідження, необхідно за запитом отримати з лабораторії зазначеного лікувального закладу висновок і мікропрепарати для уточнення характеру

попереднього захворювання. У результаті аналізу цитологічних картин лікар-цитолог видає висновок по одному з наступних варіантів відповіді: цитологічна відповідь, в якій точно визначена гістологічна форма процесу (наприклад, остеобластокластома, плоскоклітинний зроговілий рак, хронічний запальний процес туберкульозної етіології і т. д.); цитологічна відповідь, в якій дана загальна оцінка патологічного процесу і визначена тканинна приналежність новоутворення (рак, саркома, доброякісне сполучнотканинне новоутворення і т. ін.); цитологічна відповідь, у якій визначено характер процесу (доброякісний або злоякісний); цитологічна відповідь описового характеру. Слід уникнути неправильного тлумачення клініцистами цитологічних картин. Необхідно уточнити, що за даною картиною встановити діагноз неможливо, у зв'язку з недостатньою кількістю клітинного матеріалу або його відсутністю; цитологічна відповідь, у якій цитолог відповідає на певне питання поставлене клініцистом - знайти акантолітичні клітини, друзи актиноміцети і т.д. У заключній частині відповіді цитолог зазначає, що у доставленому матеріалі, наприклад, друз актиноміцета не виявлено.

Кожна відповідь цитолога оцінюється клініцистом у комплексі з даними інших методів обстеження хворого. Цитологічний висновок при злоякісному процесі, який повністю співпадає з клініко-рентгенологічними даними, є підставою для проведення радикального лікування. У разі розбіжності даних клінічного обстеження і цитологічного дослідження необхідно проводити біопсію патологічно змінених тканин. Якщо біопсія нездійснена, потрібно ретельне обстеження хворого іншими доступними методами, динамічне спостереження, а в ряді випадків і діагностична операція.

**Біопсія.** Розрізняють такі види біопсій: відкриту, пункційну, аспіраційну і трепано-біопсію, що є різновидом пункційної біопсії. Метод відкритої біопсії полягає у висіченні тих чи інших розмірів ділянки в області ураження або видалення всього патологічного вогнища.

Спосіб взяття матеріалу при діагностичній біопсії відіграє велику роль для встановлення правильного діагнозу. При висіченні невеликої ділянки в області ураження необхідно взяти матеріал таким чином, щоб в одному блоці була захоплена тканина з патологічного осередку та периферичні його ділянки разом з частиною оточуючих, незмінених тканин. При цьому бажано, по можливості, захопити більш глибокі шари тканини. Біопсійний шматочок тканини повинен бути достатньої величини, його не слід піддавати зайвим травмам, розтягненню або стисненню.

Дослідження біопсійного та операційного матеріалів дозволяє судити про радикальність операції, динаміку патологічних процесів, змінах, що виникають у тканинах під впливом тих чи інших методів терапії. Слід, однак, зауважити, що далеко не завжди клініцисти-стоматологи уявляють собі досить чітко роль і значення біопсії в своєчасному і правильному установленні клінічного діагнозу. Спостерігаються випадки, коли видалений, особливо в амбулаторно-поліклінічних умовах, тканинний матеріал не посилають на гістологічне дослідження. Разом з тим мають місце випадки, коли біопсійний матеріал направляють на дослідження неправильно фіксованим, з нечіткого оформленою документацією, що призводить до значних ускладнень при гістологічній оцінці матеріалу в лабораторії. Гістологічний аналіз у значній мірі сприяє вибору раціональних методів лікування та об'єктивній оцінці його результатів, визначає обсяг і характер оперативного втручання, необхідність комбінованої терапії і, нарешті, післяопераційну тактику лікаря. Гістологічне дослідження тканинного матеріалу дозволяє клініцисту глибше вникнути в сутність патологічного процесу, доцільніше зрозуміти і оцінити нюанси клінічної симптоматології того чи іншого виду захворювання і уточнити прогноз.

Практичне та наукове значення біопсії важко переоцінити. Навіть у тих випадках, коли видалений на операції матеріал клінічно, здавалося б, не викликає сумнівів і не представляє особливої цінності, гістологічне його дослідження може



дати важливі результати, що уточнюють або в корені міняють клінічний діагноз. Потрібно також мати на увазі, що гістологічно оброблений і накопичений у великих кількостях матеріал може слугувати об'єктом для серйозної наукової розробки. Таким чином, слід взяти за правило, що всі тканини й органи, видалені хірургічним шляхом, підлягають обов'язковому гістологічному дослідженню.

Взятий для гістологічного дослідження матеріал, щоб уникнути швидко наступаючих у ньому змін (аутоліз, висихання), слід негайно фіксувати. Мета фіксації - зберегти структуру тканин і забезпечити можливість подальшої обробки матеріалу різними гістологічними методами. Фіксацію проводять у чистій скляній посудині з притертою пробкою, наповненою фіксуючою рідиною (зазвичай це формалін; інші фіксатори - етиловий спирт, спирт в суміші з ефіром, спирт-формалін, фіксатори, до складу яких входять солі хромової кислоти, рідина Карнуа та ін. - рекомендуються для спеціальних, наприклад, гістохімічних досліджень).

Найбільш поширеною фіксуючою рідиною є 10% розчин формаліну, який має велику перевагу перед іншими фіксаторами, так як порівняно швидко проникає в тканини. Після формалінової фіксації можна застосувати великий спектр методів подальшої обробки і фарбування матеріалу.

Розчин формаліну готують на звичайній водопровідній воді або на фізіологічному розчині, але не на дистильованій воді, так як в останньому випадку виникає значне набрякання тканин. Вихідний розчин формаліну (35-40% розчин формальдегіду), що приймається умовно за 100%, слід зберігати в теплому приміщенні в посуді з темного скла з притертою пробкою, бо на холоді і на світлі формальдегід полімеризується і випадає в розчині у вигляді осаду пароформальдегідів, що, природно, веде до зниження концентрації розчину. Краще користуватися розчином формаліну нейтральної реакції, який дозволяє надалі застосувати цілий ряд спеціальних методів забарвлення. Для нейтралізації формалін наливають у темний скляний посуд, на дні якого лежить шар

вуглекислою кальцію або вуглекислої магnezії товщиною 1-2 см, розчин періодично збовтують і перевіряють його реакцію лакмусовим папером. Для нейтралізації формаліну вимагається період не менше доби.

Щоб шматочок фіксуєчої тканини або органа рівномірно, зі всіх сторін, омивався фіксатором, слід під нього на дно посудини підкласти шар вати або марлі, або підвісити його на нитці. Об'єм фіксуєчої рідини повинен перевищувати об'єм фіксованого матеріалу не менш, ніж у 10-20 разів. Фіксуєчі розчини бажано готувати безпосередньо перед вживанням. Повторне використання фіксатора неприпустимо.

На кожен матеріал, який підлягає гістологічному вивченню, заповнюють спеціальний бланк направлення на дослідження. Всі поля бланка повинні бути обов'язково заповнені. У них зазначають назву установи (клініки, відділення), в якій виконана біопсія, прізвище та ініціали хворого, його вік, стать, номер історії хвороби, короткі клінічні дані (включаючи анамнез), локалізацію патологічного процесу, проведене лікування, характер хірургічного втручання (діагностична біопсія, операція); дають характеристику об'єкта дослідження. Обов'язково вказують клінічний діагноз (хоча б припущення), дату оперативного втручання. Підпис лікаря, який проводив біопсію, повинен бути розбірливим.

У разі повторної біопсії в одного і того ж хворого лікуючий лікар робить відповідну позначку на супровідному бланку з зазначенням номера та дати попереднього дослідження. Якщо попереднє дослідження було виконано в іншому лікувальному закладі, зазначають також поставлений там гістологічний діагноз, а при необхідності, до бланка докладають для перегляду готові гістопрепарати.

Бланк заповнюється лікарем негайно після закінчення операції і доставляється разом з об'єктом дослідження в патоморфологічну лабораторію. Виконання цих вимог необхідно для того, щоб морфолог, що проводить гістологічне дослідження, мав достатні клінічні відомості при оцінці виявлених ним під мікроскопом змін.

У скляний посуд, що містить біопсійний матеріал, заливають фіксуючу рідину, наклеюють бірку, на якій вказують назву лікувального закладу (клініки, відділення), прізвище, ініціали та вік хворого, а також номер історії хвороби. В один посуд можна покласти кілька піддослідних об'єктів від різних хворих, але при цьому помістити кожен з них окремо в марлю разом з біркою з цупкого матеріалу або клейонки, на якій простим олівцем (не хімічним) фіксують зазначені вище дані.

Серйозну увагу має бути приділено доставці біопсійного матеріалу з клінічного відділення в патоморфологічну лабораторію, в якій у свою чергу повинен бути встановлений чіткий порядок прийому, реєстрації та гістологічної обробки поступаючого матеріалу, а також своєчасності відповідей на біопсії.

Біопсійний матеріал бажано доставляти в лабораторію негайно після операції, помістивши його в фіксуючу рідину. Якщо лабораторія розташовується на території даного лікувального закладу (тим більше в одному корпусі з клінічним відділенням), біопсійний матеріал (особливо великих розмірів) за умови термінової доставки може бути присланий у патоморфологічну лабораторію і в нефіксованому вигляді. Однак слід пам'ятати, що навіть нетривале зберігання матеріалу без фіксації неприпустимо, так як у нефіксованих тканинах і органах швидко наступають складні фізико-хімічні зміни, в результаті яких діагностичний характер патологічного процесу часто виявляється неможливим. Матеріал, не фіксований вчасно і доставлений у лабораторію в непридатному для дослідження стані, не приймається на дослідження. Подібні випадки повинні стати предметом серйозного обговорення, бо вони свідчать про недостатній рівень організації у лікувальному закладі.

#### Завдання № 1

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворий Ш. 38 років, протягом року хворіє блефоритом. Лікування не дає позитивного результату.

Клінічний діагноз: хронічний виразковий блефарит. Результати гістологічного дослідження: в бульбарній кон'юнктиві знайдена лімфоцитарна інфільтрація, утворення запальних гранулем з некрозом у центрі, серед лімфоцитів, епітеліоїдних клітин зустрічаються гігантські макрофаги - клітини Пірогова - Лангханса.

#### Завдання № 2

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворий Ф. 24 роки, в анамнезі хронічні тонзиліти, останні 2 місяці відзначає збільшення шийних лімфатичних вузлів, загальну слабкість, субфебрильна температура. Клінічний діагноз: хронічний тонзиліт, неспецифічний лімфаденіт. Результати гістологічного дослідження: малюнок лімфатичного вузла нечіткий, проліферація молодих лімфобластів, великих і малих клітин Ходжкіна, великих багатоядерних клітин Березовського, вогнищевий склероз і гіаліноз.

#### Завдання № 3

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: у хворої Н. 36 років, у правій молочній залозі при обстеженні запідозрили фіброзно-кістозну мастопатію, для уточнення діагнозу проведена пункційна біопсія. При гістологічному дослідженні знайдено розростання світлих атипових залозистих великих клітин з численними патологічними мітозами, з поширенням за межі протоків, без чітких меж.

#### Завдання № 4

Провести клінікоморфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворий І. , 54 роки, страждає виразковою хворобою шлунка. Відомо, що виразка знаходиться в пілоричному відділі шлунка. Протягом останніх двох місяців хворий значно втратив у вазі, постійно турбують блювання, останнім часом з'явилися судоми.

Шкіра суха, сіра. Клінічний діагноз: хронічна виразка шлунка з малігнізацією. Під час операції був узятий шматочок тканини з дна виразки для гістологічного дослідження. Результати гістологічного дослідження: дифузне розростання фіброзної тканини на дні виразки та оточуючих відділах стінки шлунка.

#### Завдання № 5

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хвора І. 46 років, звернулася до стоматолога зі скаргами на кровотечу з ясен, що пов'язане з менструацією, для уточнення клінічного діагнозу і способу лікування проведено біопсійне дослідження ясенного краю, матеріал відправлений у гістологічну лабораторію. Результати гістологічного дослідження: розростання фіброзних структур, зміна їх форми і розмірів, ділянки проліферації епітеліальних клітин, активна реакція строми.

#### Завдання № 6

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворий К. 48 років, упродовж 12 років страждає виразковою хворобою шлунка. Останнім часом сильно турбують болі в області епігастрію, відзначає зниження ваги. Клінічний діагноз: хронічна виразка шлунка в стадії загострення. Результати гістологічного дослідження: на дні виразки ділянки фібриноїдного некрозу, запальної клітинної інфільтрації, близько країв виразки у слизовій оболонці визначається розростання атипичного залозистого епітелію з численними патологічними мітозами.

#### Завдання № 7

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: у хворої К. 24 роки, під час профілактичного огляду стоматолог знайшов ознаки гіпертрофії ясеневих країв. Матеріал відправлений у гістологічну лабораторію. Результати

гістологічного дослідження: серед клітинної інфільтрації тканини ясен знайдено гігантські клітини за типом остеокластів.

#### Завдання № 8

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хвора А. 52 роки, тривалий час страждає порушенням оваріально-менструального циклу. Рік тому пропальпувала у себе пухлину в лівій молочній залозі. При клінічному дослідженні пухлина щільна, горбиста, розміри 3x8см, щільно зрослась з навколишніми тканинами. За останні два місяці періодично відзначає виділення з соска геморагічної рідини в невеликій кількості. Клінічний діагноз фіброзно-кістозна мастопатія. Дані цитологічного дослідження: знайдені атипові епітеліальні клітини, елементи крові. Гістологічна експрес-діагностика показала фіброзно-кістозний фіброаденоматоз з проліферацією епітелію. Заключне гістологічне дослідження препарату: сосочкові розростання атипових залозистих епітеліальних структур з численними патологічними мітозами, клітинним атипізмом, інфільтративним ростом.

#### Завдання № 9

Провести клініко-морфологічний аналіз за такими даними: хвора Н. 25 років, поступила в стоматологічне відділення з підозрою на хронічний сіалоаденіт. Хворій зробили діагностичну пункційну біопсію ділянки ушкодження. Результати гістологічного дослідження: розростання залозистого епітелію, наявність атипових залоз, у просвітленні котрих слиз, що фарбується у розовий колір, ділянки хрящової тканини.

#### Завдання 10

Провести клініко-морфологічний аналіз за такими даними: хворий А. 68 років, поступив у хірургічне відділення, з діагнозом множинний поліпоз прямої кишки. Оперативним шляхом видалений один поліп і матеріал відправлений на гістологічне дослідження. Результати патологоанатомічного дослідження: залозистий поліп. Через 10 місяців хворий знову звернувся у хірургічне відділення зі скаргами на утруднення дефекації, болі в животі, схуднення, кров у калі. Клінічний діагноз: аденоматозний поліп прямої кишки. Результати гістологічного дослідження: розростання залозистого епітелію з численними патологічними мітозами, інфільтруючим ростом.

#### Завдання № 11

Провести клініко-морфологічний аналіз за такими даними: хворий Н. 48 років, лікувався в тубдиспансері з приводу специфічного ураження легень. При рентгенологічному дослідженні знайдено затемнення з чіткими контурами. Результати цитологічного дослідження харкотиння: нейтрофільні лейкоцити, поодинокі макрофаги, атипичних клітин не знайдено. Результати патогістологічного дослідження біоптату з стоволового лівого бронха: розростання плоского епітелію без ознак ороговіння з численними патологічними мітозами, епітеліальні клітини полігональної форми і різних розмірів з ознаками інфільтруючого росту.

#### Завдання № 12

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворий Н. 26 років, прооперований з приводу гострого апендициту. Клінічний діагноз: гострий флегмонозний апендицит. Результати гістологічного дослідження: в тканині апендикса розростання базофільних залозистих структур з ознаками активної проліферації, одиночними патологічними мітозами, інфільтруючим ростом.

#### Завдання № 13

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворому С. 49 років, проведено фіброгастроскопічне дослідження з приводу виразкової хвороби шлунка. Взято шматочок тканини з дна виразки на гістологічне дослідження. Клінічний діагноз: виразкова хвороба шлунка. Результати гістологічного дослідження: розростання атипових залозистих клітин у вигляді персня з численними патологічними мітозами, інфільтруючим ростом у глибину стінки шлунка.

#### Завдання № 14

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хворий. Н. 22 роки, поступив у стаціонар зі скаргами на лихоманку, зниження ваги, слабкість, збільшення шийних лімфатичних вузлів. При обстеженні крові виявлено ШОЕ-49 мм/год. При рентгенологічному дослідженні легень знайдено розширення їх воріт у результаті збільшення лімфатичних вузлів. Один з шийних лімфатичних вузлів узятий на гістологічне дослідження. Результати гістологічного дослідження: в тканині лімфатичного вузла виявлено гранулематозне запалення, яке проявляється епітеліоїдними клітинами, лімфоцитами, клітинами Пірогова-Лангханса.

#### Завдання № 15

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсії за такими даними: хвора Н. 34 роки, поступила в клініку зі скаргами на лихоманку, втрату ваги, слабкість, нічне потіння, збільшення шийних лімфатичних вузлів. При дослідженні: ШОЕ-58мм / год. При рентгенологічному дослідженні органів грудної клітки знайдено збільшення лімфатичних вузлів середостіння. Шийний лімфатичний вузол відправлений на гістологічне дослідження. Результати гістологічного дослідження: малянок лімфатичного вузла нечіткий за рахунок розростання атипових гістіоцитарних



клітин, серед яких зустрічаються малі і великі клітини Ходжкіна, гігантські клітини Березовського-Штернберга, ділянки некрозів і склерозу.

#### Завдання № 16

Провести клініко-морфологічний аналіз біопсій за такими даними: хворий Н. 46 років, поступив у стаціонар зі скаргами на слабкість, втрату ваги, збільшення шийних і підключичних лімфатичних вузлів. В аналізі крові: помірна анемія, ШОЕ 39мм / год. Підключичний лімфатичний вузол відправлений на гістологічне дослідження, яке показало наступну картину: малянок лімфатичного вузла нечіткій, в тканини дифузне розростання атипівих залозистих структур з патологічними мітозами в епітеліальних клітинах.

Протокол розтину №1 хворого М. Г. В. 1942 р.н., який знаходився на лікуванні у лор- відділенні СОКЛ з 30.03.по 31.03.2014 року.

Дата розтину: 31.03.2014 року.

#### ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Тіло чоловікка правильної статури, помірного харчування. Трупне задубіння у всіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багрові плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшні. На нижніх кінцівках відмічається контурований малюнок розширених вен на гомілках. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 3,0см. Черевина гладенька, блискуча, сіруватого кольору. Плевральні порожнини вільні. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 5x4x2 см, маса 26 г. Паращитоподібні залози близько 0,5 см у діаметрі, маса 0,5 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка язика різко ціанотична, з чітко виступаючими сосочками. Язик обкладений сіро-жовтими плівками. На трахеї накладена трахеостома. Слизова трахеї блідо- червоного кольору. У ділянці голосових зв'язок відмічається звуження просвіту внаслідок пухлинного утвору, який має вигляд вузла в діаметрі 1,5см. У просвіті трахеї - піниста рідина забарвлена кров'ю. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції. Легені розміром 25x14x8см кожна. Права легень масою 380 г, ліва - 370 г. Поверхня розрізу легень темно-червоного кольору, ущільнені в ділянці коренів легень, вздовж великих бронхів; лімфовузли і ділянки ущільнення містять бурий пігмент. З поверхні розрізу збігає червона піниста рідина. Слизова оболонка бронхів рожево-сіруватого кольору, тьмяна. Порожнина серцевої сумки вільна. Сердце має розміри - 14,0x10,0x6,0 см з ознаками ексцентричної гіпертрофії. Епікард блискучий. Під ним - відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,3 см, лівого - 2,0 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. В порожнині лівого і правого шлуночка темно-червоні згортки крові. На розрізі м'язи стінки лівого

шлуночка блідо-коричневого кольору, інтрамурально виявляються осередки сірого кольору, фіброзного вигляду. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно звапнені. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всьому протязі блідо-жовтого кольору з численними атеросклеротичними бляшками. У черевному відділі аорти виявлено аневризматичне розширення на протязі 5,0см. яке виповнене змішаним тромбом з проявами реканалізації. Шлунок помірно здутий, складки слизової оболонки помірно і рівномірно виражені. У порожнині шлунка невелика кількість рідкого вмісту з кислим запахом. Слизова оболонка шлунка блідо-рожевого кольору з дрібними ерозіями. У порожнині шлунка вміст з кислим запахом. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору, помірно складчата. У просвіті петель кишечника каловий вміст звичайного виду. Печінка розміром 27.0x15.0x10.0x10.0см. Поверхня гладенька, блискуча. На розрізі коричневого кольору, на дотик помірно щільна з мускатним малюнком. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі розміром 1.0x4.0x2,0см, у просвітленні тягуча темно-зелена жовч, товщина стінки-0,2-0,3 см. Його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза розміром 20x2,5x2,0 см щільна, повнокровна, на розрізі зі слабко вираженим малюнком часток, жовтого кольору. Наднирники листоподібної форми, розміром 5x3x0,5см. Корковий і мозковий шар на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий – коричнюватого. Нирки: права 10,0x6.0x4,0 см, ліва - 10x5x4 см. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх темно-червона, гладенька. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів - блідо-синюшна. Селезінка розміром 10,0x7,0x4,0 см. Капсула не напружена. З поверхні розрізу зіскоблюється кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнини не збільшені. Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка - з набряком,

кров'янисто-волога, блискуча. При поглажуванні ножом з її поверхні збігає значна кількість прозорої рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістоподібної консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. Судини основи потовщені, особливо в ділянці сільвієвих артерій. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні крапління, які легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка не змінена. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Борозни і звивини мозку згладжені. Порожнини середнього вуха з обох сторін чисті.

#### Гістологічне дослідження

Печінка - набряк, жирова дистрофія гепатоцитів, венозне повнокров'я.

В міокарді стінки лівого шлуночка виявлена гіпертрофія м'язових волокон, з деформацією ядер, зерниста дистрофія кардіоміоцитів; розростання сполучної тканини.

В селезінці виражений венозний застій.

Головний мозок - склероз судин, виражений периваскулярний і перицитарний набряк.

Легені - в альвеолах - серозна рідина, спостерігається склероз міжальвеолярних перетинок.

Гортань- структура пухлини відповідає незроговілому плоскоклітинному раку, виражений інфільтративний ріст пухлини в оточуючі тканини, набряк стромы, дисциркуляторні зміни.

## Протокол розтину № 2

Хворого О. Л. М., 55 років, який знаходився на стаціонарному лікуванні в дермато-венерологічному відділенні з 27.06 до 01.07.2014 року.

Дата розтину: 09~ год. 02.07.2014 року.

### *ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ*

Тіло чоловіка правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання у всіх групах м'язів виражене задовільно. По всьому тілу поширені ерозивні дефекти з тенденцією до злиття, з чіткими не рівними границями з відшаруванням епідермісу по периферії. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,5 см. Очеревина гладенька, рожево-сіра. Плевральні порожнини містять прозору рідину- 100мл. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6x5x2 см. Паращитоподібні залози близько 0.6 см в діаметрі. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка порожнини рота, язика, твердого піднебіння, щік, губ ерозована з серозно-гнійним нальотом. Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками, блідно-червона, стравохід на всьому протязі прохідний. У просвіті трахеї піниста рідина і невелика кількість слизу. При дослідженні плевральних порожнин було виявлено біля 50.0 мл. серозної рідини. Плевральні листки гладенькі, блискучі. Легені збільшені в об'ємі, щільної консистенції. Окремі сегменти на верхівках обох легень блідо-рожевого кольору, повітряні. З поверхні розрізу стікає піниста рідина рожевого кольору. У просвіті великих бронхів слиз і незначна кількість пінистої рідини. Слизова оболонка бронхів блискуча, гладенька, блідно-червоного кольору. Біфукарційні лімфатичні вузли не збільшені блідо-рожевого кольору. Серце розміром 12x10x5 см. Епікард блискучий. Під ним помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки лівого шлуночка 2,0см., правого шлуночка 0,4 см. Папілярні м'язи шлуночка

потовщені, на розрізі темно-червоні. У порожнині лівого і правого шлуночків гемно-червоні згортки крові. Шлунок помірно здутий, складки виражені помірно, просвіт заповнений залишками їжі. На слизовій оболонці дванадцятипалої кишки дві виразки-0,5x0,5см., сірого кольору, слизова тонкої та товстої кишок помірно складчати. У просвіті петель кишківника калові маси. Печінка розмірами 25,8x20,0x14,0x9,0см, поверхня її звичайного вигляду. Капсула прозора, тонка. На розрізі паренхіма коричнево-червоного кольору з явищами нерівномірного кровонаповнення. Жовчний міхур звичайний, його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза розміром 25x3,5x2,0см. На розрізі зі склеротичними змінами сіро-рожевого кольору. Головка та тіло підшлункової залози розширена, горбиста зрощена з навколишніми тканинами. Відмічається зрощення головки та тіла підшлункової залози до низхідного відділу шлунка. На розрізі помітно проростання всієї стінки. Наднирники листоподібної форми. Корковий і мозковий шар на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий - коричневатого. Нирки: ліва 12x6,5x5 см; права 12x6x5 см. На розрізі нирки блідні, на дотик дряблуваті, шари слабо диференціюються; паренхіма тьмяна з дрібним червоним крапом. Капсула нирок знімається легко, поверхня їх дрібнозерниста темно-червона. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів блідо-синюшна. Сечовий міхур містить близько 100 мл. прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста. Селезінка розміром 18x10x6 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зішкібається кров синюшно-вишневого кольору. Тканина селезінки рихла. Лімфовузли грудної та черевної порожнини не збільшені. У зв'язку з зрозумілістю механізму танатогенезу та на прохання родичів померлого розтин та дослідження головного мозку не проводилися.

Гістологічне дослідження

Шкіра: наявність внутрішньодермальних пухирців унаслідок акантолізу, пухирці переважно розташовані в надбазальному шарі. В дермі переваскулярний інфільтрат лімфоцитарного характеру.

В міокарді стінки лівого шлуночка виявлена гіпертрофія м'язових волокон.

Нирки: зерниста дистрофія епітелію канальців. повнокрів'я судин, запальна інфільтрація строми.

Легені: просвіт судин розширений, повнокрів'я. венозний застій.

Печінка: цитоплазма гепатоцитів зерниста, міжбалочні капіляри і центральні вени з явищами застійного повнокрів'я.

### Протокол розтину № 3

Хворого П. М. М. 76 років, який знаходилася на лікуванні в щелепно-лицевому відділенні Сумської обласної клінічної лікарні з 3.09.15.50 по 3.09.21.002013р.

Дата розтину: 4.09.2013 року.

Тіло чоловіка правильної статури, звичайного харчування. Трупне залякання у всіх групах м'язів виражено задовільно. На спині темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді. У правій підщелепній ділянці післяопераційний розріз розміром до 2см, який дренований марлевим тампоном. У глибині рани тканини рожевого кольору з незначним вмістом рідини сіруватого кольору. У ротовій порожнині операційний розріз у ділянці лівих нижніх корінних зубів, який дренований резиною тканиною та марлевим тампоном. У рані тканини сіро-рожевого кольору з незначним вмістом ексудату та неприємним запахом. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,5см. Очеревина гладенька, блискуча, сіруватого кольору. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 5x4x2 см, маса 28 г. Паращитоподібні залози близько 0,5 см в діаметрі, маса 0,5 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка язика різко ціанотична, з чітко виступаючими сосочками. Язик обкладений сіро-жовтим нальотом. У просвіті трахеї - піниста рідина забарвлена кров'ю. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції. Легені розміром 25x14x8 см кожна. Права легень масою 400 г, ліва-380 г. Поверхня розрізу легень темно-червоного кольору, помірно ущільнена в ділянці коренів. З поверхні розрізу збігає червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів слиз і рідина, забарвлена кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-сіруватого кольору, тьмяна. В просвітленні дрібних віток легневих артерій темні згортки крові. В порожнині серцевої сумки близько 300 мл крові. Сердце збільшене у розмірах - 14x11x7 см. Епікард тьмянний. Під ним - відкладення



жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Мітральний клапан потовщений з відкладанням солей кальцію. Товщина стінки правого шлуночка 0,3 см, лівого - 2,5 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі глинистого кольору. Порожнини лівого та правого шлуночків розтягнуті. На розрізі м'язи стінки лівого шлуночка блідо-коричневого кольору, дряблі. Тканина міокарда жовтого-коричневого кольору з численними сіруватими прошарками сполучної тканини. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно звапнені. Просвіт їх на зрізах нерівномірно звужений до 50-70%, за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних бляшок. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всьому протязі блідо-жовтого кольору і вкрита невеликою кількістю бляшок білого і жовтого кольору розміром від 0,5x0,5 см до 1,0x1,5см. В інтимі брижових, клубових і стегнових артерій також є нечисленні невеликі білувато-жовті бляшки. Шлунок помірно збільшений, складки слизової оболонки помірно і рівномірно виражені. В порожнині шлунка невелика кількість рідкого вмісту з кислим запахом. Слизова оболонка шлунка блідо-рожевого кольору. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору, помірно складчата. В просвіті петель кишечника каловий вміст звичайного виду. 12-пала кишка без патологічних змін, цибулина не деформована. Печінка розміром 29x20x14x9 см. Поверхня гладенька, блискуча. На розрізі з малюнком мускатного горіха, на дотик помірно щільна. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч, товщина стінки-0,2-0,3 см. Його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза масою 110г, розміром 20x2,5x2,0 см. щільна, повнокровна, на розрізі зі слабо вираженим рисунком часток, жовтого кольору. Наднирники листоподібної форми масою 12 г, розміром 5x3x0,5см. Корковий і мозковий шар на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий - коричнуватого. Нирки: ліва 9,0x5,0x3,5 см, маса 120 г.; права 9,0x4,5x3,5 см, маса 125 г. На розрізі нирки бліді з жовтуватим відтінком, на дотик дряблі, шари не диференціюються;

паренхіма тьмяна. Капсула нирок знімається важко. Під капсулою і в паренхімі обох нирок є дрібні кісти (0,5-3,5см). Слизова оболонка ниркових мисок тьмяна, сірувато-червона, з ін'єкцією судин, Слизова оболонка сечоводів блідо- синюшна. Сечовий міхур порожній, слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчата. Селезінка розміром 14x9x5 см. , дряблої консистенції та деструктивними змінами. Маса її 380 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зіскоблюється кров темно-вишневого кольору. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнини не збільшені. Череп не відкривався з етичних міркувань.

Гістологічне дослідження:

Тканини підщелепної ділянки: інтенсивна запальна лейкоцитарна інфільтрація з некротичними змінами

Нирки - вогнищево клубочки збільшені, капілярні петлі тісно прилягають одна до одної, каналці місцями розширені, заповнені гіаліновими циліндрами, зерниста дистрофія епітелію каналців; зустрічаються поширені вогнища дистрофічних змін у клубочках, атрофічні зміни зі сторони паренхіми.

Печінка - набряк, жирова дистрофія гепатоцитів, венозне повнокров'я.

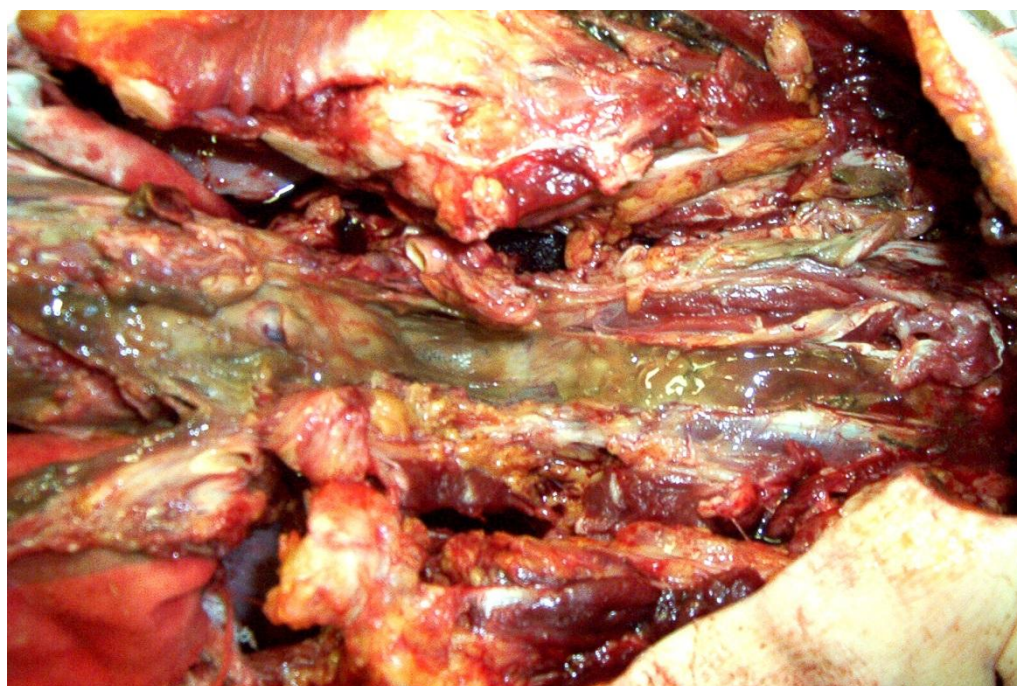
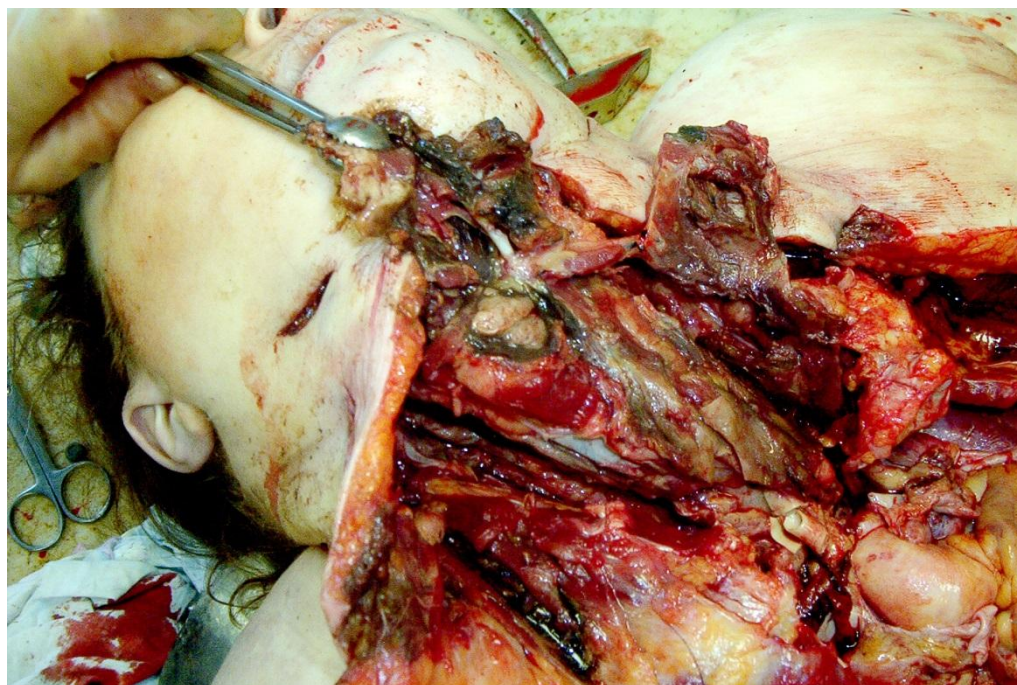
В міокарді: стінки лівого шлуночка виявлена гіпертрофія м'язових волокон, з деформацією ядер, зерниста дистрофія кардіоміоцитів; розростання сполучної тканини, обширні ділянки некрозу кардіоміоцитів.

В селезінці виражений венозний застій, деструктивні зміни

Легені: різко розширені судини. В альвеолах - серозна рідина. Деякі групи альвеол зпалися, деякі розширені, спостерігається склероз міжальвеолярних перетинок.

Слизова оболонка повнокровна, залози атрофічні.

Лімфатичні вузли: явища реактивної гіперплазії



Протокол розтину № 4

Хворого Р. К. Н., 72 роки, який знаходився на лікуванні в торокальному відділенні СОКЛ з 19.04 до 01.05.2013 року.

Дата розтину: 10.00, 01.05.2013 року.

Клінічний діагноз: Передньо-верхній медіастеніт. Стан після операції: верхній медіастеніт, флегмона шії (19.04.2013р.)

Ускладнення: Інтоксикація. ДН II-III ст. Правобічна полісегментарна пневмонія. набряк легень. Серцево-судинна недостатність.

Супутні: Виразкова хвороба шлунка, ускладнена шлунково-кишковою кровотечею. Вторинна анемія тяжкого ступеню. СНІА ст. ФКП, церебросклероз II ст. змішаного генезу ст. субкомпенсації.

#### *ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ*

Тіло чоловіка правильної статури, звичайного харчування. Трупне залякання у всіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки сіруватого кольору. Зліва на шії післяопераційна рана. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,5 см. Очеревина гладенька, тьмяна, рожево-сіра., містить прозору рідину -1000мл. Плевральні порожнини містять сіру рідину до 600мл. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6x5x2 см. Паращитоподібні залози близько 0,6' см в діаметрі. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка язика ціатонічна, з чітко виступаючими сосочками. Язик обкладений сіро-жовтим нальотом. Слизова оболонка глотки сіро-червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу з позжніми складками, блідно-червона, стравохід на всьому протязі прохідний. У просвіті трахеї - піниста рідина і невелика кількість слизу. При дослідженні плевральних порожнин зправа було виявлено сіруваті нашарування та 250,0 мл. сірої рідини. Плевральні листки тьмяні. Права легень надотик щільна червоно-сірого кольору. Окремі сегменти особливо нижньої частки рожевого кольору, щільна. Вся інша поверхня лівої легені темно-червоного кольору. На розрізі легенева тканина має зернисту поверхню, з поверхні розрізу стікає піниста рідина рожевого кольору. У просвіті великих бронхів слиз і незначна кількість пінистої рідини. Слизова

оболонка бронхів блискуча, гладенька, блідно-червоного кольору. Біфукарційні лімфатичні вузли не збільшені блідно-рожевого кольору.

Серце розміром 12x10x5 см. Епікард блискучий. Під ним помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки лівого шлуночка 2,0см., правого шлуночка 0,4 см, Папілярні м'язи шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка і правого шлуночка темно-червоні згортки крові. Шлунок помірно здутий, складки виражені помірно, просвіт заповнений рідиною «кавової гущі» з кров'яними згуртками - близько 1000мл. У середній третині тіла шлунка на передній стінці - виразка 1,0x1,5 см. Друга - на задній стінці в діаметрі 3см. Слизова оболонка дванадцятипалої, тонкої та товстої кишок помірно складчата. У просвіті петель кишківника кровяниста рідина зі згуртками. Печінка розмірами 25,8x20,0x14,0x9,0см, поверхня її звичайного вигляду. Капсула прозора, тонка. На розрізі паренхіма коричнево-червоного кольору з явищами нерівномірного кровонаповнення. Жовчний міхур звичайний, його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза розміром 25x3,5x2,0см. На розрізі зі склеротичними змінами сіро-рожевого кольору. Головка та тіло підшлункової залози розширені, горбиста поверхня зрощена з навколишніми тканинами аж до низхідного відділу шлунка. На розрізі помітно проростання всієї стінки. Наднирники листоподібної форми, розміром 5x3x0,5см. Корковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий - коричнуватого. Нирки: ліва - 13x7x5 см; права - 12x6x5 см. На розрізі нирки блідні, на дотик дряблуваті, шари слабо диференціюються; паренхіма тьмяна з дрібним червоним крапом. Капсула нирок знімається легко, поверхня нирок дрібнозерниста темно-червона. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів блідо-синюшна. Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчата. Селезінка розміром 18x10x6 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зішкрібається кров синюшно-

вишневого кольору. Тканина селезінки рихла. Лімфовузли грудної та черевної порожнини не збільшені. У зв'язку з ясністю механізмів танатогенезу, розтин черепу і дослідження центральної нервової системи не проводилося.

#### Гістологічне дослідження

У міокарді стінки лівого шлуночка виявлена гіпертрофія м'язових волокон.

Нирки: зерниста дистрофія епітелію канальців, повнокров'я судин, незначна лімфогістіоцитарна інфільтрація строми.

Легені: просвіт судин розширений, ознаки порушення мікроциркуляції, наявність запальної інфільтрації. Просвіти альвеол розширені.

Стінка шлунка: запальна інфільтрація з проростанням до м'язового шару.

Печінка: цитоплазма гепатоцитів зерниста, міжбалочні капіляри і центральні вени з явищами застійного повнокрив'я.

## Протокол розтину №5

хворої Ч. М. П. 83 роки, яка знаходилась на лікуванні у стоматологічному - відділенні СОКЛ з 01.12. - 03.12.2015 року.

Дата розтину: 04.12.2015 року.

### ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ.

Тіло жінки підвищеного харчування. Трупне залякання у всіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимих слизових оболонок синюшна. У підщелепній ділянці розрізи розміром до 5 см., в яких знаходяться трубчасті дренажи. Нижня частина обличчя та шия збільшені за рахунок набряку. Шкіра шиї зеленувато - синього кольору. Кісткова тканина нижньої щелепи не змінена, щільна, м'які тканини шиї сірого кольору.

Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 6,0 см. Очеревина гладенька, блискуча, рожево-сіра. В черевній та плевральних порожнинах рідина відсутня. Щитоподібна залоза збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 7,0x6,0x3,0 см. Парашитоподібні залози близько 0,5 см в діаметрі. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка стравоходу з продовгуватими складками, бліда. Стравохід на всьому протязі прохідний. Під слизовою оболонкою стравоходу контурують вени. У просвіті трахеї - піниста рідина, які забарвлена кров'ю. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції. Легені розміром 25,0x14,0x8,0 см кожна. Поверхня розрізу легень темно-червоного кольору, з поверхні розрізу збігає червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів слиз і рідина, забарвлена кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-сіруватого кольору, тьмяна. В ділянці коренів легень знаходяться збільшені лімфатичні вузли чорного кольору. Серце розміром 13,5x11,0x6,0см. Епікард блискучий. Під ним значні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, звапнілі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого

шлуночка 0,6см, лівого 2,3см. Міокард на розрізі коричнево-червоний нерівномірного кровонаповнення. В стінці лівого шлуночка спостерігаються ділянки розростання сполучної тканини у вигляді дрібних вогнищ сірого кольору фіброзного вигляду. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. В порожнині лівого шлуночка небагато рідкої крові. Темно-червоні згортки крові в порожнині правого шлуночка. У порожнині навколосерцевої сумки знаходиться 120,0 мл прозорої жовтуватої рідини. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно звапнені. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений, на розрізі судини зіяють. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всьому протязі блідо-жовтого кольору з жовтими плямами, в черевному відділі з кальцинозом і виразками та пристінковими тромбами; в ділянці біфуркації відмічається відшарування інтими.

Шлунок розтягнутий, порожнина наповнена вмістом з кислим запахом, в кількості близько 0,3 л. Слизова шлунка з дрібними ерозіями та крововиливами. Слизова оболонка товстого та тонкого кишечника гіперемійована, складчатість звичайна. В порожнині тонкого і товстого кишківника вміст кашеподібної консистенції коричневого кольору. Печінка розмірами 28,0x18,0x10,0x8,0 см, мускатного вигляду. Поверхня її гладенька. На розрізі жовтуватою кольору з темно-червоними краплями, на дотик щільна. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч, товщина стінки-0,2-0,3 см., його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза 19,0x3,5x2,5см масою 140 г, щільна, атрофічна, на розрізі зі склеротичними змінами, жовтого кольору. Наднирники листоподібної форми розміром 5,0x3,0x0,5см. Корковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватою кольору, мозковий - коричневатою. Нирки: ліва 14,0x6,5x5,0 см, права 12,0x6,0x3,5 см. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні, рисунок не збережений, межі шарів нечіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх темно-червона, зі втягненнями. Слизова оболонка



ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів блідо-синюшна. В лівій нирці конкремент розміром 1,2x0,5 Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка її блідо-червона, помірно складчата. Селезінка розм'якшена, дрябла, розміром 12,0x9,0x4,0 см, масою 180,0 г.. З поверхні розрізу зішкрібається кров синюшно-вишневого кольору. Тканина селезінки септичного вигляду. Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається; м'яка – з набряком, кров'янисто-волога, блискуча. При поглажуванні ножом з її поверхні збігає значна кількість прозорої рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістоподібної консистенції, біла і сіра речовини добре розмежована. Гіпофіз звичного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичного рисунка.

Гістологічне дослідження

У селезінці: пульпа з крововиливами, вогнищами проліферації.

У нирках: венозний застій, дистрофічні зміни епітелію канальців, запальна змішаноклітинна інфільтрація Відкладання амілоїду навколо ниркових канальців.

Міокард: жирова дистрофія кардіоміоцитів, розростання сполучної тканини.

Легені: альвеоли заповнені набряковою рідиною з невеликою кількістю клітинних елементів.

Печінка: цитоплазма гепатоцитів містить жирові включення, міжбалочні капіляри і центральні вени з явищами застійного повнокров'я.

Щитоподібна залоза – макро- мікрофолікулярний зоб

Кісткова тканина нижньої щелепи з явищами остеопорозу.

М'які тканини шиї – стінка кісти з крововиливами та дифузною поліморфно-клітинною інфільтрацією з переважанням нейтрофілів.

## Протокол розтину №6

Хворої Н. Є. В., 58 років, яка знаходилася на лікуванні у реанімаційному відділенні СОКЛ з 30.10 по 01.12. 2008 року.

Дата розтину: 13<sup>30</sup> год 01.12.2008 року.

Клінічний діагноз: ГПМК за змішаним типом.

Ускладнення: набряк головного мозку. Ендотоксикоз тяжкого ступеню. Токсична гепатопатія, кардіопатія, нефропатія. Хронічний панкреатит. Гостра серцево-судинна недостатність.

Супутня патологія: Цукровий діабет II тип, вперше виявлений, некомпенсований кетоацидоз.

### *ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ*

Тіло жінки правильної статури, підвищеного харчування. Трупне задубіння у всіх групах м'язів виражено задовільно. На спині темно-багрові плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшні. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 6,5 см. Плевральні порожнини вільні, містять незначну кількість прозорої рідини. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6x4,5x3 см, маса 35 г. Паращитоподібні залози близько 0,5 см в діаметрі, маса 0,5 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка язика різко ціанотична, з чітко виступаючими сосочками. Язик обкладений сіро-жовтим нальотом. Слизова оболонка стравоходу з продовгуватими складками, бліда, з нашаруваннями шлункового вмісту. Стравохід на всьому протязі прохідний. У просвіті трахеї - слиз. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 25x14x8 см кожна. Поверхня розрізу легень темно-червоного кольору; однорідна. З поверхні розрізу збігає червона піниста рідина. Слизова оболонка бронхів рожево-сіруватого кольору, тьмяна. Порожнина серцевої сумки вільна. Серце має розміри -

15x12x10 см. Епікард блискучий. Під ним - відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,5 см, лівого – 2,3 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. В порожнині лівого і правого шлуночка темно-червоні згортки крові, у стовбурі легеневої артерії виявлений тромбоембол, зв'язаний зі стінкою судини, обтуруючий більшу частину просвіту, довжиною 7 см. На розрізі м'язи стінки лівого шлуночка блідо-коричневого кольору, дещо дряблі. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно звапнені. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всьому протязі блідо-жовтого кольору. У черевній порожнині вільної рідини немає. Шлунок помірно здутий, складки слизової оболонки помірно і рівномірно виражені. В порожнині шлунка невелика кількість рідкого вмісту з кислим запахом. Слизова оболонка шлунка блідо-рожевого кольору з дрібними ерозіями. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок помірно складчаста. Печінка розміром 26x20x12x9 см. Поверхня гладенька, блискуча. На розрізі жовтуватого кольору, особливо ліва частка, з мускатним рисунком, на дотик щільна. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч, товщина стінки-0,2-0,3 см. Його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза масою 130 г, розміром 20x3,5x2,0 см помірної щільності, повнокровна, блідо-рожевого кольору, рисунок слабкоконтурований, на розрізі вогнища некрозу представлені дряблими, білувато-жовтого кольору з ділянками крововиливів. У товщі тіла підшлункової залози виявлена зона геморагії 1,5x1,5 см. Наднирники листоподібної форми масою 12 г, розміром 5x3x0,5см. Корковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий - коричневато-жовтого. Нирки: права 12x5,5x4 см, ліва - 10x5x4 см. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, рисунок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх темно-червона, гладенька. Слизова оболонка ниркових

мисок сірувато-червона, сечоводів - блідо-синюшна. Матка збільшена в об'ємі, розмірами 9х6х4 см, щільна.

Селезінка розміром 14х9х5 см. Маса її 180 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зішкрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнини не збільшені. Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – з набряком, кров'янисто-волога, блискуча. При поглажуванні ножом з її поверхні збігає значна кількість прозорої рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістоподібної консистенції, біла і сіра речовини добре розмежована. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні вкраплення, які легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Борозни і звивини мозку згладжені. Порожнини середнього вуха з обох сторін чисті.

#### Гістологічне дослідження

Печінка - набряк, жирова дистрофія гепатоцитів, венозне повнокров'я.

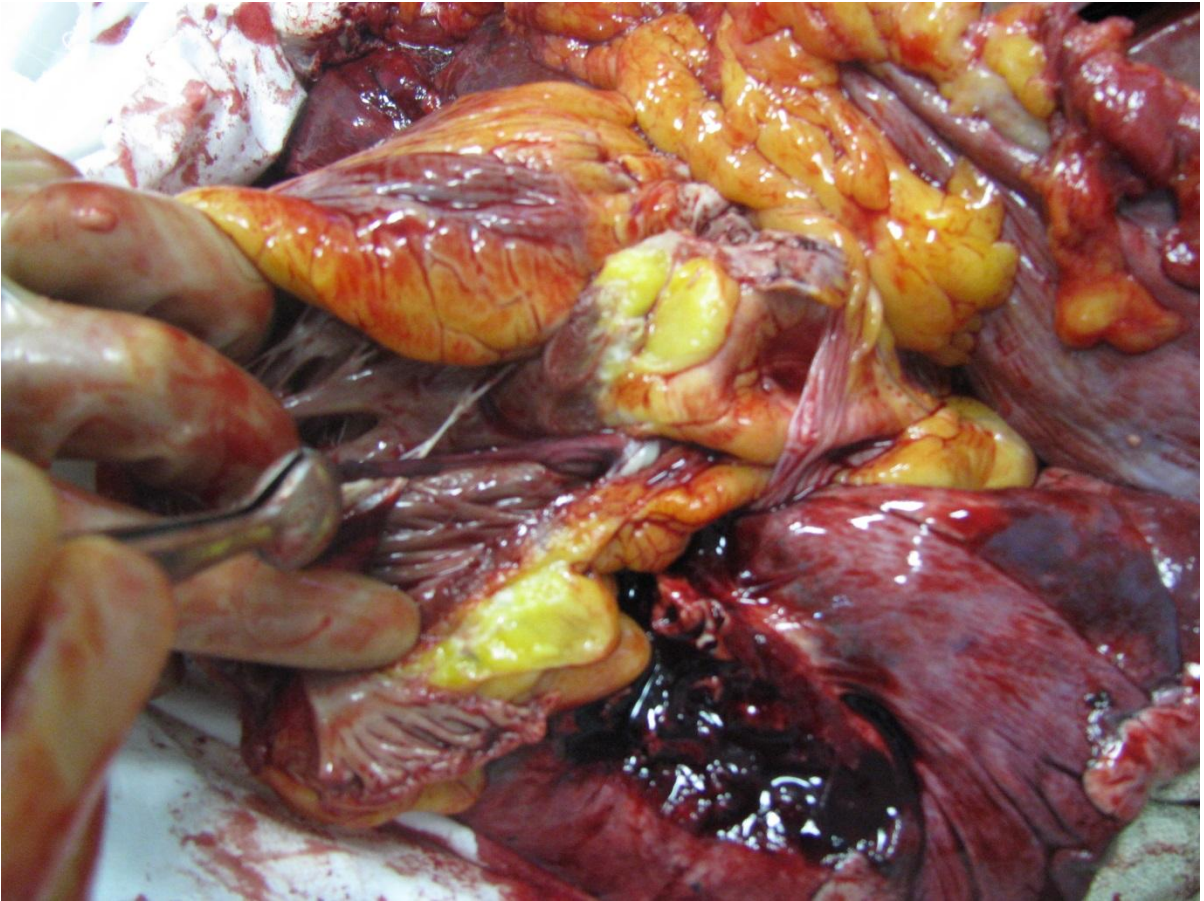
У міокарді стінки лівого шлуночка виявлена гіпертрофія м'язових волокон, з деформацією ядер, зерниста та жирова дистрофія кардіоміоцитів.

У нирці – дистрофічні зміни клубочкового апарату, розширені канальці, розвиток сполучної тканини.

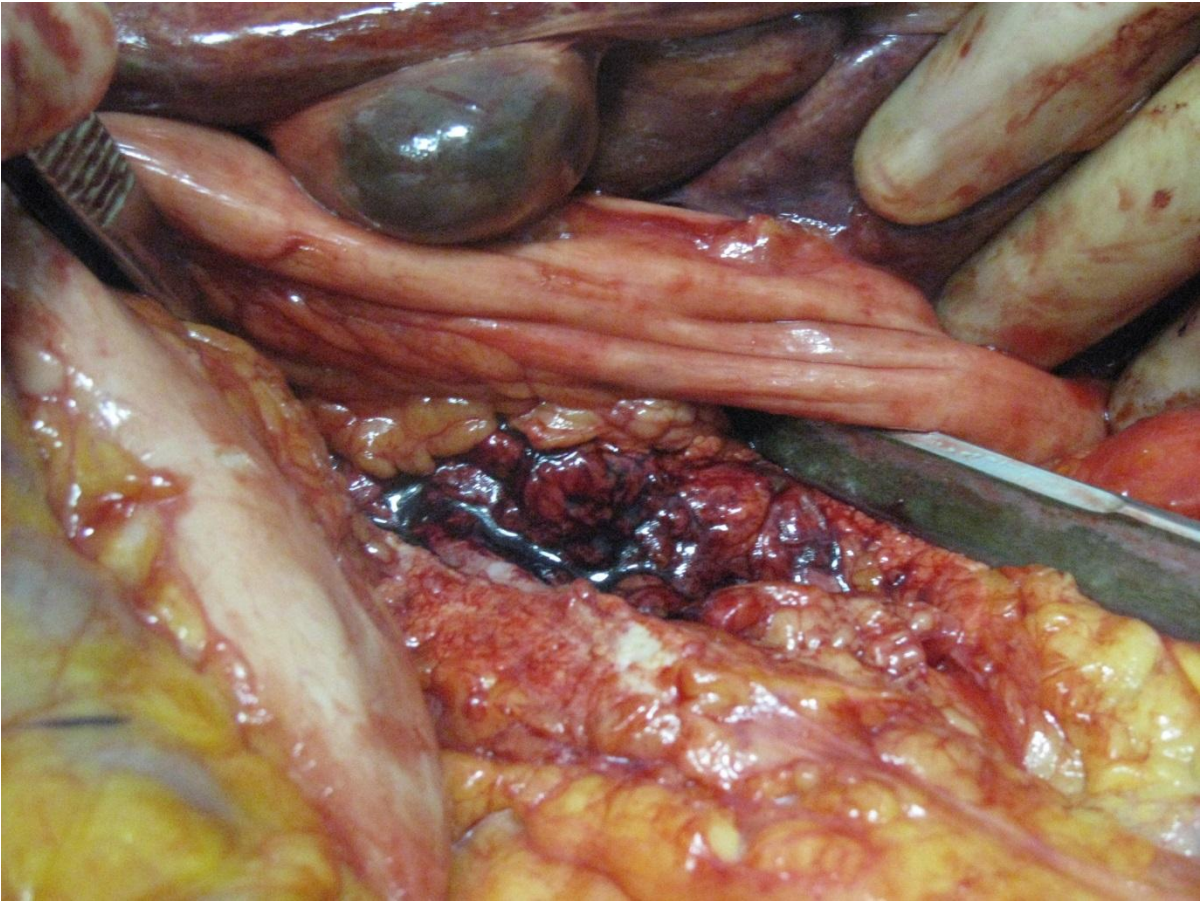
Підшлункова залоза - атрофія паренхіми, розростання сполучної і жирової тканини, круглоклітинна інфільтрація, ділянки некрозу і крововиливів.

Головний мозок - склероз судин, периваскулярний набряк.

Легені: в альвеолах - серозна рідина, спостерігається склероз міжальвеолярних перетинок. Слизова оболонка бронхів повнокровна, залози атрофічні.



Тромб у стовбурі легеневої артерії, спаяний зі стінкою.



Геморагічний панкреатит із зоною геморагії.

## Протокол розтину №7

Хворої С. Л. Г 59 років, яка знаходилася на лікуванні у реанімаційному відділенні СОКЛ з 20.04.2015 до 05.05.2015

Дата розтину: 06.05.2015 року.

### ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ

Тіло жінки правильної статури, різко підвищеного живлення. Трупне залякання у всіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшні. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 6,5см. У плевральній порожнині спостерігається геморагічний ексудат по 500,0 з кожного боку. Слизова оболонка язика різко ціанотична, з чітко виступаючими сосочками. Язик обкладений сіро-жовтим нальотом. Слизова оболонка стравоходу з продовгуватими складками, бліда, з нашаруваннями шлункового вмісту. Стравохід на всьому протязі прохідний. М'язи шиї дряблі, мають вигляд «вареного м'яса». У проміжку між м'язами sternocleidomastoideus та omohy-oideus (venter superior) зліва спостерігається в'язкий жовтозелений ексудат. Щитоподібна залоза набрякла зі значним кровонаповненням. Гортань з набряками та фібринозними нашаруваннями. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнини збільшені у вигляді пакетів. Між стравоходом та грудною аортою виділяється сливкоподібна жовта маса, яка розповсюджується по верхньому, середньому та нижньому відділах середостіння, доходячи до діафрагми. Незначні фібринозно-гнійні нашарування спостерігаються на тілах грудних хребців. У просвіті трахеї - піниста рідина, забарвлена кров'ю. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції. Легені розміром 25,0 x 14,0 x 8,0см кожна. Поверхня розрізу легень темно-червоного кольору. З поверхні розрізу збігає червона мутна піниста рідина. Слизова оболонка бронхів рожево-сіруватого кольору, тьмяна. На поверхні серцевої сумки міститься

осумкований гнійний ексудат. У перикарді міститься близько 700,0 мл рідкої крові з великим згортком. Серце має розміри – 14,0 x 7,0 x 4,0 см. Епікард - поверхня його шорстка, з фібринозними нашаруваннями, які забарвлені в червоний колір. Під ним - відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,5 см, лівого – 2,0 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. Порожнини лівого і правого шлуночків порожні. На розрізі м'язи стінки лівого шлуночка блідо-коричневого кольору, дещо дряблі, з дрібними вогнищами сірого кольору фіброзного вигляду. Шлунок розтягнутий, порожнина наповнена вмістом, який мав кислий запах. Слизова шлунка згладжена, бліда, в кардіальному відділі містяться поодинокі ерозії. У 12-палій кишці виявлена ушита виразка, шви цілі.

Печінка розміром 30,0 x 24,0 x 14,0 x 8,0 см. Поверхня її з відкладанням фібрину, паренхіма має мускатний вигляд. На розрізі жовтуватого-червоного кольору, на дотик щільна. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч, товщина стінки-0,2-0,3 см. Його слизова оболонка оксамитового вигляду. Підшлункова залоза масою 110г, розміром 20x2,5x2,0 см, щільна, повнокровна, на розрізі зі слабо вираженим рисунком часток, жовтого кольору. Наднирники листоподібної форми масою 12 г, розміром 5x3x0,5см. Корковий і мозковий шар на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий - коричнюватого. Нирки: права 13x5x5 см, ліва - 12x4x3 см. На розрізі нирки бліді, щільні, рисунок збережений, межі шарів нечіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх бліда, гладенька. Слизова оболонка ниркових мисок сірувата, сечоводів - блідо-синюшна. Селезінка розміром 12x7x4,5 см. Маса її 180 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зішкрібається незначна кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки дрябла. У зв'язку зі зрозумілістю механізмів танатогенезу розтин порожнини черепа і дослідження центральної нервової системи не проводилися.



## Гістологічне дослідження

У міокарді стінки лівого шлуночка виявляється гіпертрофія м'язових волокон, деформація ядер на фоні помірного склерозу. Значна нейтрофільна інфільтрація та відкладання фібрину в епікарді.

Підшлункова залоза - ліпоматоз і ліпосклероз паренхіми.

Легені: різко розширені судини. В альвеолах - геморогічна рідина. Деякі групи альвеол зпалися, деякі розширені, спостерігається склероз міжальвеолярних перетинок. Слизова оболонка бронхів повнокровна, залози атрофічні.

Нирки: некроз епітелію канальців, повнокров'я судин, незначна лімфо-гістіоцитарна інфільтрація строми.

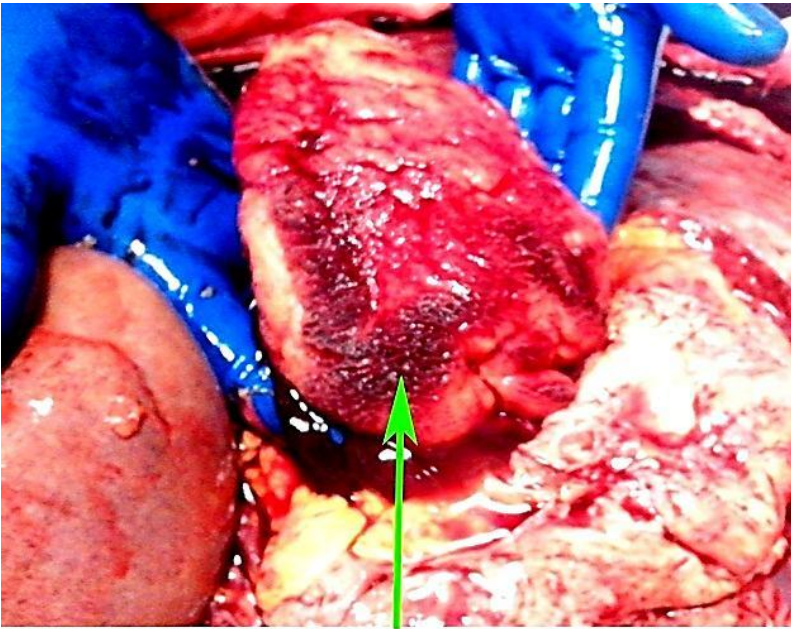
Печінка : накопичення крові в центральних частинах часточок печінки з утворенням кров'яних лакун. На периферії часточки печінки спостерігається жирова дистрофія 1 ступеню.

12-а кишка: по краях зашитої виразки ділянки запальної інфільтрації, крововиливи.

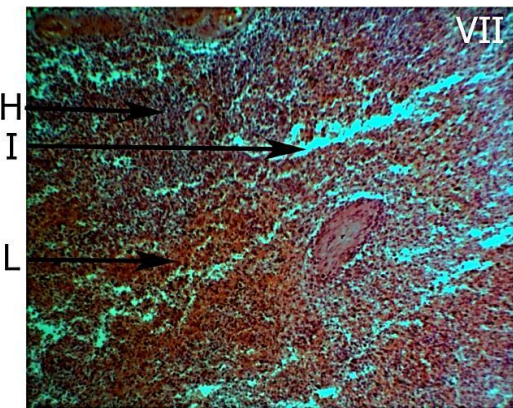
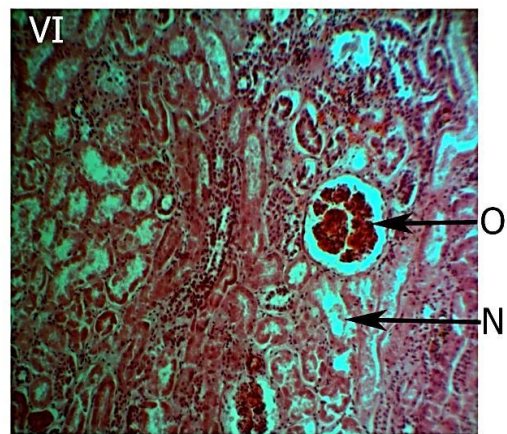
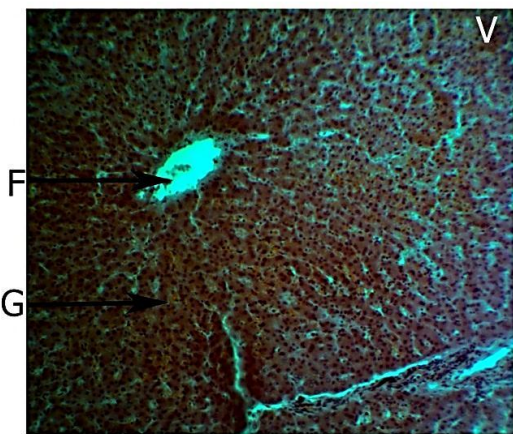
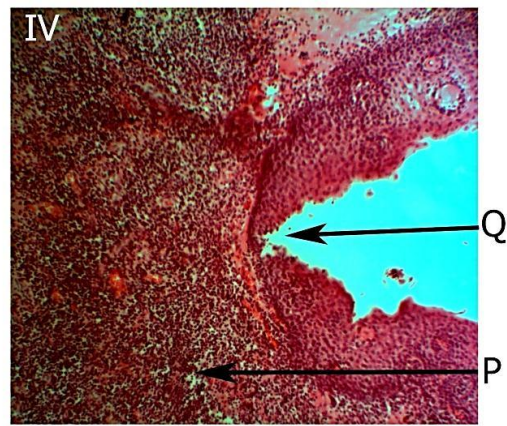
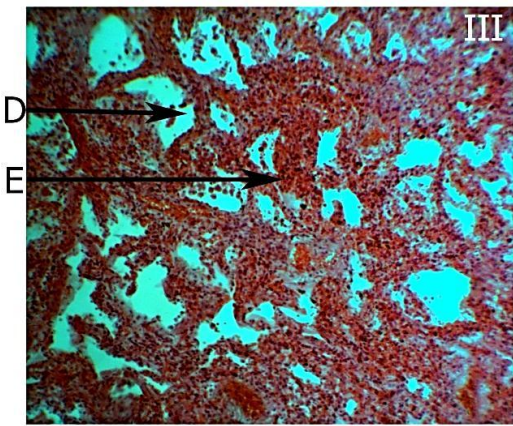
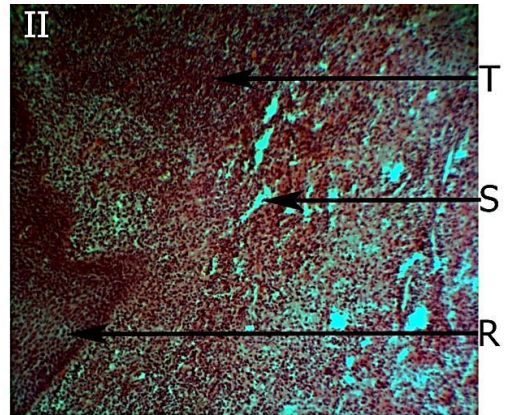
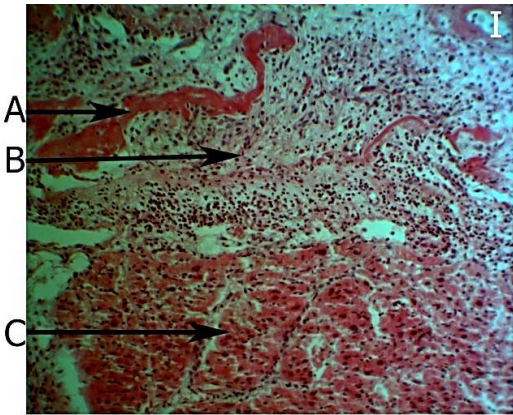
Гортань: значна запальна дифузна гнійна інфільтрація з ділянками некрозів. *Boyer's burse*: з вираз куванням та некрозами.



A



A





Протокол розтину №8

Хворого Ц. В. О. 33 років, який знаходився на лікуванні в реанімаційному відділенні СОКЛ з 20.11.11 по 21.11.2011 року.

Дата розтину: 21.11.2011р.

#### *ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ*

Тіло чоловіка правильної статури, задовільного харчування. Трупне залякання у всіх групах м'язів виражене задовільно. На нижніх кінцівках виражений венозний малюнок. На спині темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки сірувато-землистого кольору. На підборідді розрізи, в яких знаходяться перчаточко-трубчасті дренажі. Нижня частина обличчя та шия збільшені за рахунок набряку. Шкіра шиї зелено-синього кольору. Кісткова тканина нижньої щелепи кам'янистої щільності, м'які тканини на поверхні кісток сірого кольору. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 3,0 см. При розтині грудної клітини в передньому середостінні виявлений вміст жовто-зеленого кольору, в'язкої консистенції. Плевральні листки гладенькі і блискучі. Очеревина гладенька, блискуча, рожево-сіра. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6x5x2 см, маса 30 г. Паращитоподібні залози близько 0,6 см в діаметрі, маса 0,6 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка язика різко ціанотична, з чітко виступаючими сосочками. Язик помірно обкладений сірим нальотом. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу з продовгуватими складками, бліда, стравохід на всьому протязі прохідний. У просвіті трахеї - піниста рідина та слиз, забарвлені кров'ю. Легені мають сірувато-червоний колір, задня поверхня їх на дотик ущільнена. Поверхня розрізу легень темно-червоного кольору, з поверхні розрізу збігає червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів слиз і мутна рідина. Слизова оболонка бронхів

сіруватого кольору, тьмяна. В ділянці коренів легень знаходяться збільшені лімфатичні вузли. Стінки бронхів потовщені, виступають над поверхнею розрізу у вигляді «пір'їн». Паренхіма в прикореневій ділянці легенів ущільнена за рахунок розростання сполучної тканини. У порожнині перикарда близько 100,0мл в'язкої рідини жовтого кольору. Коронарні артерії звивисті, стінки їх потовщені. Серце розміром 12,0x11,0x6,5 см. Епікард тьмянний. Під ним помірні відкладення жиру. Товщина стінки правого шлуночка 0,3 см, лівого – 2,5-3,0см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка білі згортки крові. Небагато рідкої крові в порожнині правого шлуночка. Шлунок помірно здутий, складки виражені помірно, у просвіті знаходиться 150 мл зеленуватої рідини. Слизова оболонка дванадцятипалої, тонкої та товстої кишок помірно складчаста. Печінка збільшена, розміром 32x25x15x11см. Поверхня її гладенька. Капсула прозора, тонка. На розрізі жовтуватого кольору, на дотик щільна. Жовчний міхур відсутній. Підшлункова залоза 18x4x3,5см у вигляді тяжа, тілесного кольору, на розрізі має часточкову будову, щільна. Наднирники листовидної форми масою 12 г, розміром 5x3x0,5см. Корковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: корковий шар жовтуватого кольору, мозковий - коричневато-жовтого. Нирки: ліва 12x6x3,5 см, маса 145 г.; права 12x7x4 см, маса 155 г. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, рисунок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх темно-червона, гладенька. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів блідо-синюшна. Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка її блідо-червона, помірно складчата. Селезінка розміром 34,0x23x17 см, масою 250,0 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зішкрібається кров синюшно-вишневого кольору. Тканина селезінки рихла. Лімфатичні вузли грудної та черевної порожнин не збільшені. У зв'язку зі зрозумілістю механізмів танатогенезу, розтин черепу і дослідження центральної нервової системи не проводилися.

Гістологічне дослідження

У селезінці: пульпа с крововиливами, вогнищами проліферації.

У нирках: венозний застій, дистрофічні зміни епітелію каналців.

Міокард: жирова дистрофія кардіоміоцитів.

Легені: альвеоли заповнені набряковою рідиною з невеликою кількістю клітинних елементів. В просвітах гілок легеневої артерії тромби.

Печінка: цитоплазма гепатоцитів містить жиروفі включення, міжбалочні капіляри і центральні вени з явищами застійного повнокров'я.

Кісткова тканина нижньої щелепи: дистрофічно-некротичні зміни, дифузна гнійна інфільтрація.

М'які тканини ший: дифузна поліморфно-клітинна інфільтрація з переважанням нейтрофілів.

Клітковина середостіння: дифузна поліморфно-клітинна інфільтрація з переважанням нейтрофілів.