

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет

**ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗУ
ТА ЛІКАРСЬКОГО СВДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ
У РАЗІ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Навчальний посібник

*За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора А. М. Романюка,
кандидата медичних наук Н. І. Гирявенко*

Рекомендовано вченою радою Сумського державного університету



Суми
Сумський державний університет
2021

УДК 616-089-091(075.8)

Ф 79

Авторський колектив:

А. М. Романюк, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії СумДУ – *розділи 1, 2, 3;*

Н. І. Гирявенко, канд. мед. наук, доцент кафедри патологічної анатомії СумДУ – *розділи 4, 5, 6, 7, 8;*

Р. А. Москаленко, д-р мед. наук, доцент, доцент кафедри патологічної анатомії СумДУ – *розділи 5, 6, 7, 8;*

М. С. Линдін, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри патологічної анатомії СумДУ – *розділи 1, 3, 4;*

В. В. Сікора, канд. мед. наук, доцент кафедри патологічної анатомії СумДУ – *розділи 2, 5, 6, 7, 8*

Рецензенти:

І. Д. Дужий – доктор медичних наук, професор, академік Академії наук вищої школи України, заслужений лікар України, завідувач кафедри хірургії, травматології, ортопедії та фтизіатрії Медичного інституту Сумського державного університету;

І. І. Старченко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії з секційним курсом Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава)

*Рекомендовано до видання
вченою радою Сумського державного університету
як навчальний посібник
(протокол № 16 від 24 червня 2021 року)*

Формування патологоанатомічного діагнозу та лікарського свідчення про смерть у разі хірургічної патології : навчальний посібник / *А. М. Романюк, Н. І. Гирявенко, Р. А. Москаленко, М. С. Линдін, В. В. Сікора* ; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. *А. М. Романюка*, канд. мед. наук *Н. І. Гирявенко*. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 233 с.
ISBN 978-966-657-872-6

Навчальний посібник укладено з метою підготовки медичних фахівців у закладах вищої школи. У ньому висвітлено загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих, формування остаточного клінічного та патологоанатомічного діагнозів та лікарського свідчення про смерть у разі хірургічної патології. Це допоможе завершити формування клініко-морфологічного мислення, що дуже необхідно для практичної діяльності лікарів.

Рекомендований студентам спеціальності 222 «Медицина» та лікарям-інтернам хірургічного профілю.

УДК 616-089-091(075.8)

© Романюк А. М., Гирявенко Н. І.,
Москаленко Р. А., Линдін М. С.,
Сікора В. В., 2021

ISBN 978-966-657-872-6

© Сумський державний університет, 2021

ЗМІСТ

	С.
Передмова.....	4
Розділ 1. Загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих.....	5
Розділ 2. Патологоанатомічне дослідження померлих.....	10
Розділ 3. Правила формулювання і зіставлення остаточного клінічного та патологоанатомічного діагнозів.....	21
Розділ 4. Інструкція щодо заповнення та видачі лікарського свідоцтва про смерть (форма № 106/о).....	28
Розділ 5. Приклади формулювання патологоанатомічного діагнозу та лікарського свідоцтва про смерть у разі хірургічної патології.....	43
Розділ 6. Варіанти протоколів розтинів у разі хірургічної патології.....	51
Тестові питання.....	192
Макрофотографії основних патологічних процесів у разі хірургічної патології.....	214
Список рекомендованої літератури.....	231

ПЕРЕДМОВА

Секційний курс належить до важливих дисциплін у системі підготовки медичних спеціалістів закладах вищої освіти. Патологоанатомічні дослідження мають важливе значення для системи охорони здоров'я. Патологоанатомічний розтин дозволяє встановити об'єктивну причину, механізм смерті та достовірно діагностувати хворобу і патологічний процес. Основне завдання дисципліни – завершити формування у студентів та лікарів-інтернів клініко-морфологічного мислення. Під час укладання навчального посібника використано методичні рекомендації № 29.17/38.17 «Загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих і прижиттєвих патоморфологічних досліджень операційного і біопсійного матеріалів» (2017 р.), основні положення Наказу МОЗ України за № 545 від 08.08.2006 р. «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті». Приклади формулювання патологоанатомічного діагнозу та лікарського свідоцтва про смерть у разі хірургічної патології та стислі виписки з протоколів розтинів дадуть можливість студентові самостійно, але під керівництвом викладача опрацювати програму із секційного курсу, а лікарям-інтернам мати підказку під час формулювання діагнозу.

У написанні цього навчального посібника брав участь авторський колектив у складі:

А. М. Романюк – розділи 1, 2, 3;

Н. І. Гирявенко – розділи 4, 5, 6, 7, 8;

Р. А. Москаленко – розділи 5, 6, 7, 8;

М. С. Лундін – розділи 1, 3, 4;

В. В. Сікора – розділи 2, 5, 6, 7, 8.

Розділ 1
**ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕННЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ
РОЗТИНІВ ПОМЕРЛИХ**

Мотивація: у сучасній медицині патологоанатомічний розтин є основою медичної експертизи для встановлення науково обґрунтованих та об'єктивних причин, механізмів смерті й достовірної діагностики хвороб і патологічних процесів. Тому лікарям практикам дуже важливо знати загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих.

Мета – *засвоїти* загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих.

Завдання: *знати* загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих та *вміти* використовувати одержані знання у своїй практичній діяльності.

**ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕННЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ РОЗТИНІВ
ПОМЕРЛИХ**

*Згідно з методичними рекомендаціями № 29.17/38.17
«Загальні правила проведення патологоанатомічних
розтинів померлих і прижиттєвих патоморфологічних
досліджень операційного і біопсійного матеріалів»
(2017 р.)*

Патологоанатомічний розтин особи, яка померла ненасильницькою смертю, проводить лікар-патологоанатом у закладах і підрозділах патологоанатомічної служби державної комунальної форм власності, які мають ліцензію на провадження

медичної практики за спеціальністю «Патологічна анатомія» з метою встановлення достовірної причини і механізму смерті, остаточного діагнозу захворювання.

Організація і порядок патологоанатомічних досліджень у кожному окремому закладі охорони здоров'я регламентуються правилами роботи закладу, затвердженими його керівником.

Об'єктами патологоанатомічного дослідження в державних і комунальних закладах охорони здоров'я є трупи осіб, які померли ненасильницькою смертю від захворювань в закладах охорони здоров'я та за місцем проживання (вдома). Патологоанатомічний розтин проводять методом посмертного патологоанатомічного дослідження внутрішніх органів і тканин померлого, а також мертвонароджених і плодів.

Дослідження внутрішніх органів, тканин померлого, мертвонароджених і плодів проводять із використанням гістологічних та інших необхідних методів дослідження, включаючи мікробіологічні (бактеріологічні, вірусологічні), гістохімічні, імуногістохімічні, електронно-мікроскопічні, молекулярно-біологічні, генетичні методи тощо. Патологоанатомічні розтини померлих ненасильницькою смертю проводять лише після подання до патологоанатомічного закладу (підрозділу) відповідної медичної документації:

– у випадках смерті в закладі охорони здоров'я: медична карта стаціонарного хворого з розпорядженням (візую) головного лікаря (його заступника) про направлення на патологоанатомічне дослідження;

– у випадках смерті за місцем проживання (вдома): висновок щодо ненасильницької смерті за місцем проживання від правоохоронних органів, направлення на патологоанатомічний розтин закладу первинної медичної

допомоги та медична карта амбулаторного хворого з клінічним епікризом, остаточним клінічним діагнозом.

В обов'язковому порядку патологоанатомічні розтини померлих у закладах охорони здоров'я здійснюють у таких випадках ненасильницької смерті:

1) у разі невстановленого клінічного діагнозу і/або незрозумілій причині смерті пацієнта, незалежно від термінів перебування хворого в закладі охорони здоров'я, при обов'язковому виключенні насильницької смерті;

2) при інфекційній патології або в разі підозри на інфекційне захворювання;

3) при наданні померлому пацієнтові медичної допомоги в стаціонарних умовах менше від однієї доби;

4) під час проведення і у зв'язку з проведенням діагностичних, інструментальних, анестезіологічних, лікувальних заходів та вакцинації;

5) під час або після оперативного втручання;

6) під час або після переливання крові і/або кровозамінників;

7) у разі підозри на передозування чи індивідуальну непереносимість лікарських або діагностичних препаратів;

8) при онкологічних захворюваннях у випадках відсутності прижиттєвої патоморфологічної верифікації пухлини та невстановленої локалізації первинного вогнища пухлини;

9) у разі гострої хірургічної патології незалежно від того, чи проводилося оперативне втручання;

10) від захворювань, пов'язаних із дією шкідливих професійних факторів;

11) від захворювань, пов'язаних із наслідками екологічних катастроф (у випадках, якщо не призначене судово-медичне дослідження);

12) смерті жінок під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, включаючи останній день післяпологового періоду;

13) за наявності письмової заяви близьких родичів або законних представників померлого про необхідність проведення патологоанатомічного розтину;

14) трупи мертвонароджених і померлих новонароджених відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення дитячої патологоанатомічної служби» від 19 серпня 2004 року № 417.

За наявності письмової заяви близьких родичів про видачу тіла померлого без патологоанатомічного розтину або задокументованого волевиявлення покійного, вираженого в письмовій формі, засвідченій в установленому законодавством порядку, виходячи з релігійних та інших поважних мотивів, патологоанатомічний розтин померлого в закладі охорони здоров'я не проводиться, за винятком положень обов'язкового патологоанатомічного розтину.

Тіло померлого в закладі охорони здоров'я направляється на судово-медичну експертизу відповідно до порядку проведення судово-медичних експертиз у випадках:

- насильницької смерті або підозри на таку;
- смерті хворого, особа якого не встановлена;
- смерті в закладі охорони здоров'я від захворювання, якщо до правоохоронних органів надійшли заяви та скарги про неправильні дії медичного персоналу та наявності постанови слідчих органів про призначення судово-медичної експертизи.

Направлення на патологоанатомічний розтин та видача померлих без патологоанатомічного дослідження регламентуються рішенням адміністрації закладу

охорони здоров'я (головного лікаря або його заступників). Начальник патологоанатомічного закладу (бюро, центру) має право обґрунтованої відміни рішень адміністрації закладу охорони здоров'я про видачу померлого без патологоанатомічного розтину.

Спірні питання щодо патологоанатомічного розтину померлих вирішуються головним позаштатним спеціалістом структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій зі спеціальності "Патологічна анатомія".

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ

1. Що є об'єктом патологоанатомічного дослідження?
2. Яку медичну документацію надають у патологоанатомічний заклад для проведення патологоанатомічного розтину?
3. Які випадки підлягають обов'язковому патологоанатомічному розтину померлих у закладах охорони здоров'я?
4. У яких випадках патологоанатомічний розтин померлого в закладі охорони здоров'я не проводять?
5. У яких випадках тіло померлого в закладі охорони здоров'я направляється на судово-медичну експертизу?
6. Хто вирішує спірні питання щодо патологоанатомічного розтину померлих?

Розділ 2
ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
ПОМЕРЛИХ

Мотивація: в сучасній медицині лікарям-практикам важливо знати основні положення щодо патологоанатомічних досліджень, категорії складності розтинів, їх основні етапи, оскільки клініцистам досить часто необхідно бути присутнім на розтинах померлих та обговорювати з патологоанатомом характер патологічного процесу, механізм його виникнення та причини смерті. Тому дуже важливо знати основні положення щодо патологоанатомічних досліджень померлих.

Мета – *засвоїти* основні положення щодо патологоанатомічних досліджень померлих.

Завдання: *знати* основні положення щодо патологоанатомічних досліджень померлих та *вміти* використовувати одержані знання у своїй практичній діяльності.

ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ
ПОМЕРЛИХ

Згідно з методичними рекомендаціями № 29.17/38.17
«Загальні правила проведення патологоанатомічних
розтинів померлих і прижиттєвих патоморфологічних
досліджень операційного і біопсійного матеріалів»
(2017 р.)

Терміновий патологоанатомічний розтин померлих дозволяється проводити відразу після встановлення лікарем закладу охорони здоров'я біологічної смерті.

Впорядкований патологоанатомічний розтин померлих проводять у години роботи патологоанатомічного закладу

(підрозділу) згідно з внутрішнім розпорядком, але не пізніше ніж три робочі дні з моменту настання смерті.

Патологоанатомічні розтини померлих поділяють на п'ять категорій складності:

1) патологоанатомічний розтин I категорії складності:

– розтин (макроскопічне дослідження) без проведення гістологічного дослідження;

– розтин при встановленому клінічному діагнозі, включаючи ускладнення основного захворювання, що не становить труднощів щодо трактування механізму та причин смерті, з гістологічним дослідженням до 10 зразків тканин і забарвленням зрізів гематоксилін-еозином (зокрема, при нозологіях із груп ішемічних хвороб серця, цереброваскулярних хвороб, злоякісних новоутвореннях, підтверджених гістологічно, цирозі печінки, аневризмі аорти тощо);

2) патологоанатомічний розтин II категорії складності:

– розтин при встановленому клінічному діагнозі, включаючи ускладнення основного захворювання, що становить відповідні труднощі щодо трактування суті патологічного процесу, механізму та причин смерті та потребує застосування гістологічних (більше ніж 10 зразків), додаткових гістохімічних, бактеріоскопічних, бактеріологічних, біохімічних та інших досліджень (зокрема, при бактеріальних пневмоніях, кардіоміопатіях, перикардитах, міокардитах, ендокардитах, кишковій непрохідності, вірусних гепатитах, пієлонефритах, нервових хворобах, алкогольній хворобі тощо);

– розтин у випадках смерті після оперативних втручань, крім раннього післяопераційного періоду, кардіохірургічних і нейрохірургічних операцій;

3) патологоанатомічний розтин III категорії складності:

– розтин при комбінованому основному захворюванні або поліпатії, що становить значні труднощі щодо трактування характеру патологічного процесу, механізмів та причини смерті, вимагає необхідності уточнення етіології та патогенезу захворювання, з гістологічним дослідженням 15 та більше зразків органів і тканин, застосуванням допоміжних гістологічних та гістохімічних фарбувань, бактеріологічних і біохімічних досліджень;

– розтин при інфекційних захворюваннях із прижиттєво встановленим збудником (зокрема, при туберкульозі, грипі), сепсисі, крім особливо небезпечних інфекційних хвороб і ВІЛ-інфекції;

– розтин при хворобах системи крові та кровотворних органів, захворюваннях спинного мозку, хворобах шкіри та кістково-м'язової системи, інтерстиціальних хворобах легень, амілоїдозі, хворобах накопичення;

– розтин при професійних захворюваннях, зокрема, при пневмоконіозах, патології, пов'язаної із наслідками екологічних катастроф;

4) патологоанатомічний розтин IV категорії складності:

– розтин при невстановленому чи незрозумілому клінічному діагнозі основного захворювання, коли є особливо тяжкі й складні труднощі щодо трактування характеру патологічного процесу, причини смерті, з гістологічними дослідженнями більше ніж 20 зразків органів і тканин;

– розтин у разі раптової серцевої смерті;

– розтин за наявності ятрогенної патології як основної причини смерті;

– розтин при інтраопераційній або ранній післяопераційній смерті, а також після операцій на серці та нейрохірургічних втручань;

– розтин у випадках смерті під час або після проведення діагностичних маніпуляцій.

5) патологоанатомічний розтин V категорії складності:

– розтин при невстановленому клінічному діагнозі основного захворювання, коли встановлення патологоанатомічного діагнозу потребує застосування додаткових імуногістохімічних електронно-мікроскопічних, молекулярно-біологічних методів дослідження (зокрема, при злоякісних новоутвореннях невстановленого гістогенезу);

– розтин у випадках смерті під час вагітності, пологів та післяпологового періоду;

– розтин при інфекційних захворюваннях із прижиттєво невстановленим збудником;

– розтин при особливо небезпечних інфекційних хворобах та ВІЛ-інфекції.

Лікар-патологоанатом розпочинає патологоанатомічний розтин померлого лише після подання і детального вивчення медичної карти стаціонарного хворого та іншої медичної документації. Подана медична документація обов'язково повинна містити остаточний клінічний діагноз із датою його встановлення, посмертний клінічний епікриз, оригінали матеріалів проведених досліджень (рентгенограми, томограми, електрокардіограми, лабораторні аналізи, карти анестезіологічних і реанімаційних заходів, розпорядження (візу) головного лікаря (його заступника) про направлення на розтин.

На патологоанатомічному розтині зобов'язані бути присутніми лікуючий (черговий) лікар, завідувач відділення закладу охорони здоров'я. Дозволяється присутність інших лікарів, адміністрації закладу охорони здоров'я, студентів медичних закладів вищої освіти,

лікарів-інтернів, курсантів, співробітників кафедр медичних закладів вищої освіти, закладів післядипломної освіти та наукових установ.

У випадках смерті пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді на аутопсії повинен бути присутнім лікар-анестезіолог, який забезпечував анестезіологічний супровід оперативного втручання, і завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії. У випадках смерті пацієнтів у палатах інтенсивної терапії, у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії на аутопсії повинен бути присутнім лікар-анестезіолог, який лікував померлого, чи черговий лікар-анестезіолог, зобов'язаний бути присутнім завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії, а також лікуючий лікар-хірург із завідувачем відповідного відділення, якщо при житті проводились оперативні втручання.

Присутність на розтині сторонніх осіб, родичів і близьких померлого категорично забороняється.

Патологоанатомічний розтин померлого проводить лікар-патологоанатом за участі молодшого медичного персоналу з додержанням належного ставлення до тіла померлого та збереженням його анатомічної форми.

Патологоанатомічний розтин тіла померлого необхідно проводити в спеціальному захисному одязі: халаті, шапочці (косинці), гумових рукавицях, нарукавниках, клейончастому фартусі, захисних окулярах чи прозорому щиті, що закриває все обличчя.

Патологоанатомічне дослідження у випадках смерті жінок під час вагітності, пологів та післяпологового періоду проводиться відповідно до Порядку проведення постійного моніторингу та розгляду випадків смерті жінок під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 листопада 2013 р. № 1031 «Про

затвердження порядку обліку та розгляду випадків смерті жінок під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 23 грудня 2013 р. за № 2171/24703.

Патологоанатомічний розтин трупів плодів, мертвнонароджених, новонароджених, дітей першого року життя проводиться відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про вдосконалення дитячої патологоанатомічної служби» від 19 серпня 2004 р. № 417.

За наявності ознак гострих інфекційних хвороб, особливо небезпечних і соціально небезпечних інфекційних захворювань у померлого та підозри на них патологоанатомічний розтин проводиться в окремому ізольованому секційному блоці (секційній залі) патологоанатомічних закладів (підрозділів), призначених для розтину померлих від інфекційних хвороб, відповідно до правил інфекційного контролю, санітарно-епідеміологічних правил і гігієнічних нормативів.

Патологоанатомічний розтин IV і V категорій складності здійснюється спеціалістами з патологічної анатомії не нижче ніж I кваліфікаційної категорії.

Основні етапи проведення патологоанатомічного розтину:

- 1) зовнішній огляд тіла;
- 2) розтин і дослідження порожнин тіла;
- 3) вилучення органокomплексу способом повної евісцерації (за Шором);
- 4) вивчення органів і тканин;
- 5) взяття біологічного матеріалу для гістологічного та інших додаткових досліджень;
- 6) гістологічне лабораторне оброблення секційного матеріалу;
- 7) мікроскопічне дослідження секційного матеріалу.

Перед початком патологоанатомічного розтину проводять огляд тіла з оцінюванням стану шкірного покриву, видимих слизових оболонок, визначення орієнтовної маси тіла та його довжини.

Патологоанатомічний розтин повинен бути повним із дослідженням усіх порожнин тіла та внутрішніх органів, уважним оглядом усіх органів, їх вимірюванням і зважуванням. За необхідності досліджуються хребтовий канал, навколоносові пазухи, кістковий мозок плоских і трубчастих кісток, периферичні судини та нерви, вегетативні нервові вузли тощо.

Патологоанатомічний розтин може бути частковим із проведенням дослідження окремих порожнин чи органів та взяттям матеріалу для гістологічного дослідження.

Проведення навчальних хірургічних операцій, маніпуляцій на трупі, передавання органів та інших анатомічних матеріалів науковим, медичним або навчальним закладам допускається лише з письмового дозволу близьких родичів або законних представників померлого, керівника закладу охорони здоров'я та відповідно до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині». Усі види маніпуляцій на трупі фіксуються в протоколі розтину.

Фото- і відеодокументування процесу аутопсії здійснює виключно лікар-патологоанатом або особа, якій патологоанатом доручив здійснити фотофіксацію. Присутнім на розтині (лікарям, лаборантам, студентам тощо) забороняється проводити фото- та відеофіксацію.

Для уточнення характеру захворювання, його етіології та патогенезу, механізмів настання смерті необхідно ширше використовувати бактеріологічні, вірусологічні, серологічні, біохімічні, цитологічні,

імуногістохімічні, електронно-мікроскопічні, молекулярно-генетичні та інші методи дослідження.

За наявності медичних показів проводять забір секційного матеріалу для мікробіологічного (бактеріологічного, вірусологічного, паразитологічного), біохімічного, молекулярно-біологічного та інших необхідних досліджень. Для проведення зазначених досліджень матеріал передають до відповідних структурних підрозділів закладів охорони здоров'я здебільшого в нефіксованому (нативному) вигляді або в спеціальних середовищах, якщо доставлення в нативному стані не забезпечуватиме виявлення, зокрема, певного збудника захворювання. Для бактеріологічного дослідження секційний матеріал забирають із додержанням вимог стерильності. Присутність лікаря-бактеріолога чи лікаря-вірусолога необхідна лише за необхідності провести посів матеріалу на місці розтину.

Якщо під час проведення патологоанатомічного розтину виявляються ознаки насильницької смерті, то розтин необхідно негайно припинити. Про такий випадок лікар-патологоанатом у терміновому порядку повинен повідомити завідувача патологоанатомічного відділення, останній – начальника (заступника) патологоанатомічного закладу (центру, бюро), головного лікаря (його заступника) закладу охорони здоров'я. Головний лікар (його заступник) негайно повідомляє про цей випадок правоохоронні органи чи органи прокуратури.

Лікар-патологоанатом, який проводить розтин, уживає заходи щодо збереження тіла, біологічного матеріалу для подальшого судово-медичного дослідження. На виконану частину патологоанатомічного дослідження складається

протокол, у кінці якого обґрунтовується причина для виконання судово-медичного розтину.

Цей судово-медичний розтин може бути проведений у приміщенні патологоанатомічного закладу (підрозділу) лікарями – судово-медичними експертами.

У випадку вперше виявленого під час розтину інфекційного захворювання чи в разі підозри на нього патологоанатомічний розтин проводять відповідно до порядку патологоанатомічного розтину померлих від інфекційних захворювань. У таких випадках лікар-патологоанатом зобов'язаний відразу поінформувати завідувача патологоанатомічного відділення, начальника (заступника начальника) патологоанатомічного закладу (бюро, центру), головного лікаря (його заступника) закладу охорони здоров'я. На кожний випадок уперше виявленого інфекційного захворювання, незвичайної реакції на щеплення, крім грипу та гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів, заповнюється повідомлення за формою первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення», затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1 «Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення».

Заповнене екстрене повідомлення впродовж 12 годин направляється до територіального органу санітарно-епідеміологічного нагляду за місцем реєстрації захворювання. Крім того, в оперативному порядку інформація повідомляється до цього територіального органу санітарно-епідеміологічного нагляду телефоном.

Після закінчення патологоанатомічного розтину лікар-патологоанатом оформлює й підписує лікарське свідоцтво про смерть за формою первинної облікової документації № 106/о «Лікарське свідоцтво про смерть №__», затвердженою Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8 серпня 2006 року № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024.

У лікарському свідоцтві про смерть зазначають висновок про причину смерті за результатами патологоанатомічного розтину.

Розрахунок вартості патологоанатомічного розтину проводять за затвердженою методикою розрахунку вартості надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я з урахуванням категорій складності, затрат часу на дослідження та інших витрат.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ

1. Коли проводять терміновий патологоанатомічний розтин померлих?
2. Коли проводять упорядкований патологоанатомічний розтин померлих?
3. Що таке патологоанатомічний розтин I категорії складності?
4. Що таке патологоанатомічний розтин II категорії складності?
5. Що таке патологоанатомічний розтин III категорії складності?
6. Що таке патологоанатомічний розтин IV категорії складності?

7. Що таке патологоанатомічний розтин V категорії складності?
8. Які основні етапи проведення патолого-анатомічного розтину?
9. Що передбачає повний патологоанатомічний розтин?
10. Що передбачає частковий патологоанатомічний розтин?
11. Які дії лікаря-патологоанатома в разі виявлення під час розтину ознак насильницької смерті?
12. Які дії лікаря-патологоанатома у випадку вперше виявленого під час розтину інфекційного захворювання?

Розділ 3
**ПРАВИЛА ФОРМУЛЮВАННЯ І ЗІСТАВЛЕННЯ
ОСТАТОЧНОГО КЛІНІЧНОГО
ТА ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗІВ**

Мотивація: вміння формувати діагноз – одне з основних завдань лікаря будь-якої спеціальності. На сучасному етапі чітко сформульовані вимоги до встановлення діагнозу. За своїми завданнями та змістом патологоанатомічна служба тісно пов'язана з клінікою. Лікуючим лікарям у своїй практичній діяльності постійно доводиться бути присутніми на розтинах, обговорювати разом із патологоанатомом питання танатогенезу та остаточного клінічного діагнозу. Для цього лікарям-практикам необхідні знання і навички з організації патологоанатомічної служби для уникнення розбіжностей у формулюванні діагнозу.

Мета – засвоїти основні правила формулювання і зіставлення остаточного клінічного та патологоанатомічного діагнозів.

Завдання: *знати* теоретичні положення для правильного формулювання і зіставлення остаточного клінічного та патологоанатомічного діагнозів і *вміти* застосовувати їх у практичній роботі лікаря.

**ПРАВИЛА ФОРМУЛЮВАННЯ
І ЗІСТАВЛЕННЯ ОСТАТОЧНОГО КЛІНІЧНОГО
ТА ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗІВ**

1. Діагнози повинні бути уніфіковані й чітко відповідати правилам формулювання та кодування. Під час формулювання діагнозу повинен бути використаний «унітерм» – назва хвороби, синдрому або травми, в суворій відповідності до пропонувананих уніфікованих у

МКБ-10 термінів із подальшим уточненням стадії і форми захворювання. Наприклад, не можна писати: «Гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом». У МКБ-10 експертами ВООЗ пропонується інший термін: «Внутрішньомозковий крововилив», якому відповідали б буквено-цифрові коди (І 61.0-9).

2. Не всі терміни і коди МКБ-10 можна використовувати як основне захворювання під час формулювання остаточного клінічного (і патологоанатомічного) діагнозу в разі смерті хворого. В якості основного захворювання (першопричину смерті) використовують лише те, яке безпосередньо або через свої ускладнення призвело до смерті пацієнта. Безпосередня причина смерті повинна розглядатися як ускладнення основного захворювання.

3. Діагнози повинні містити три основні рубрики:

- 1) рубрику основного захворювання,
- 2) рубрику ускладнень основного захворювання,
- 3) рубрику супутньої патології.

Кожна з цих рубрик має свої особливості. Основне захворювання може бути монокаузальним або бікаузальним. Якщо у хворого більше ніж два серйозні захворювання, що істотно вплинули на смертельний результат, то виділяють два захворювання, з приводу яких проводили найбільш значущі лікувально-діагностичні заходи. Решту патологій зазначають у рубриці супутньої патології.

Монокаузальне основне захворювання – це конкретна нозологічна форма (або її еквіваленти), записана в термінах, пропорованих у МКБ-10, яке, на думку лікаря, стало первинною причиною смерті. Тобто це захворювання, яке саме по собі або через ряд ускладнень призвело до смертельного наслідку. Саме цей

термін і відповідний йому код хвороби буде надалі зіставлятися з основним захворюванням патологоанатомічного діагнозу. Як основну причину смерті (основне захворювання) зазначають лише конкретну нозологічну форму. Тут неприпустимо використовувати аббревіатури або терміни, що відповідають груповим чи родовим класифікаційними поняттям (які, нерідко, спостерігаються перед нозологічною формою), такі як ішемічна хвороба серця, ХІХС, ХІБМ, ЦВБ, ХОЗЛ та ін.; ці поняття включають цілі групи нозологічних форм, не мають відповідного коду, не підлягають статистичному обліку, не визначають економічних витрат на діагностику й лікування конкретного захворювання, дають лише узагальнену інформацію про патогенез захворювань. Використання подібних термінів в остаточному клінічному і патологоанатомічному діагнозах не допускається та вважається помилкою.

До основного захворювання відносять також:

– «другу» хворобу, що виникає внаслідок лікування попереднього захворювання (наприклад, спайкова (злукова) хвороба кишківника після операції на органах черевної порожнини, виконаної в минулому);

– ускладнення неправильно проведених лікувальних маніпуляцій, операцій зі смертельним наслідком (наприклад, гемоторакс під час проведення катетеризації підключичної вени); несприятливі результати правильно проведених діагностичних, лікувальних маніпуляцій, операцій, що призвели до смерті (наприклад, припинення роботи серця під час виконання коронарографії);

– випадки смерті внаслідок профілактичних заходів і вакцинації (наприклад, БЦЖіт); смертельні алергічні реакції на введення фармакологічних препаратів (анафілактичний шок);

– випадки смерті від наркозу незалежно від причини (алергія, передозування, ідіосинкразія, асфіксія тощо);

– передозування медикаментів, неправильне призначення або вживання помилково призначеного препарату із смертельним наслідком

Бікаузальне основне захворювання – це дві нозологічні форми, що визначили летальний кінець. У таких випадках зазначають «комбіноване основне захворювання», що може бути наведена в трьох можливих варіантах:

1. Конкуруючі – це захворювання, якими одночасно страждав померлий і кожне з яких окремо, поза сумнівом, могло призвести до смерті. Наприклад: інфаркт міокарда і крововилив у головний мозок.

2. Поєднані – це захворювання, що розвивалися у хворого одночасно, відіграючи провідну роль у танатогенезі. Два цих захворювання, взаємно обтяжуючи одне одного, призвели до смерті. Кожне з них, розвиваючись окремо, не спричинило б летального кінця. Наприклад, поєднання (в разі смерті в післяопераційному періоді) хронічної виразки шлунка з кровотечею і великовогнищового (постінфарктного) кардіосклерозу або загострення одночасно хронічного обструктивного бронхіту і хронічного пієлонефриту, або наявність у пацієнта дифузного атеросклеротичного кардіосклерозу та хронічного обструктивного бронхіту з пневмосклерозом і емфіземою.

3. Фоновим захворюванням називають таке, яке етіологічно не пов'язане з основним, але залучилося до загального танатогенезу з основним захворюванням, стало однією з причин його розвитку, обтяжувало перебіг і сприяло розвитку смертельних ускладнень, що призвели до летального кінця. Найбільш часто як фонове

захворювання використовують гіпертонічну хворобу та цукровий діабет.

Ускладненнями основного захворювання називають нозологічні одиниці, травми, синдроми, симптоми й патологічні процеси, які безпосередньо чи опосередковано пов'язані з основним захворюванням, але водночас не є його проявом. У цій рубриці все ускладнення основного захворювання перелічується в патогенетичній послідовності. Найважливіше: смертельне ускладнення основного захворювання – безпосередню причину смерті – зазначають останнім.

Ускладнення реанімаційних заходів та інтенсивної терапії, якщо вони не стали наслідком помилкових дій і вирішальним фактором танатогенезу, що перетворив їх на основне захворювання, необхідно зазначати в діагнозі. Після перелічення ускладнень основного захворювання виділяють підрубрики: «Ускладнення реанімаційних заходів», «Ускладнення інтенсивної терапії» або «Патологія лікування», зазначаючи в них привід і характер реанімаційних або лікувальних заходів, спричинені ними ускладнення і результати проведеного з цього приводу лікування. Наприклад:

- проведення катетеризації правої підключичної вени у зв'язку з гострою серцевою недостатністю;

- пошкодження правої плевральної порожнини з розвитком правобічного пневмотораксу і колапсу правої легені;

- стан після дренивання правої плевральної порожнини з евакуацією повітря і повним розправленням легені.

За рівних умов використовують третє правило – на перше місце виносять те захворювання, яке має найбільше значення в соціальному або санітарно-епідеміологічному аспекті. Якщо лікарю не вдається

виявити пріоритет одного з цих захворювань, то необхідно враховувати профільність відділення або економічні витрати на лікувально-діагностичні заходи для кожного з них. Наприклад, якщо хворий із трансмуральним інфарктом міокарда і крововиливом у головний мозок лікувався у відділенні екстреної судинної неврології, то на перше місце краще поставити крововилив у головний мозок.

Основне комбіноване захворювання необхідно використовувати якомога рідше, лише у виняткових випадках.

Супутні захворювання – це одна або кілька нозологічних одиниць, які до моменту смерті не були безпосередньо пов'язані з основним захворюванням і не брали безпосередньої участі в танатогенезі, хоча з приводу цих захворювань під час останнього епізоду надання медичної допомоги проводили певні лікувально-діагностичні заходи. Важливо враховувати, що супутні захворювання не можуть мати смертельних ускладнень. Непрямий зв'язок можна виявити практично між усіма захворюваннями, що були в померлого пацієнта, однак це не привід надмірно розширювати рубрику основного комбінованого захворювання і виключати їх із рубрики найважливіших супутніх захворювань. У цій рубриці всі супутні захворювання перелічують послідовно, в міру зменшення їх значущості для конкретної нозологічної форми, наведеної в основному захворюванні. Наприклад, у разі смерті від хронічного панкреатиту хронічний холецистит може бути найважливішим супутнім захворюванням. У разі раку легені хронічний холецистит може займати одне з останніх місць у рубриці супутніх захворювань. Крім захворювань, тут необхідно зазначити й іншу патологію, наприклад, різні патологічні стани – перенесені раніше травми та їх наслідки, давні операції

видалення червоподібного відростка, шлунка, кінцівок і т. ін.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ

1. Основні рубрики патологоанатомічного діагнозу.
2. Що таке монокаузальне основне захворювання?
3. Що таке бікаузальне основне захворювання та його варіанти?
4. Що таке ускладнення основного захворювання?
5. Що таке супутні захворювання?

Розділ 4
**ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ ТА ВИДАЧІ
ЛІКАРСЬКОГО СВІДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ
(ФОРМА № 106/о)**

Мотивація: лікарське свідоцтво про смерть виписується всіма лікувально-профілактичними закладами незалежно від відомчої підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патологоанатомічними бюро, а також фізичними особами-підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення. Тому вміти правильно заповнювати та видавати лікарське свідоцтво про смерть – важлива складова роботи лікарів-практиків.

Мета – засвоїти інструкцію щодо заповнення та видачі лікарського свідоцтва про смерть (форма № 106/о).

Завдання: *знати* теоретичні положення для правильного заповнення лікарського свідоцтва про смерть (форма № 106/о) та *вміти* правильно його оформити і видати родичам померлого.

**Інструкція щодо заповнення та видачі лікарського
свідоцтва про смерть (форма № 106/о)**

*Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я
України від 8 серпня 2006 р. № 545 «Про впорядкування
ведення медичної документації, яка засвідчує випадки
народження і смерті» зі змінами, внесеними згідно з
Наказом Міністерства охорони здоров'я України від
26.05.2020 р. № 1245*

Інструкція обов'язкова для всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від відомчої

підпорядкованості та форм власності, бюро судово-медичної експертизи, патологоанатомічних бюро, фізичних осіб-підприємців, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням первинної медичної допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення (далі – ФОП).

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Для забезпечення реєстрації смерті в органах реєстрації актів цивільного стану закладом охорони здоров'я або ФОП видається лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106/о).

1.2. Лікарське свідоцтво про смерть видається ФОП і такими закладами охорони здоров'я: лікарнями, амбулаторно-поліклінічними закладами, диспансерами, пологовими будинками, санаторіями, патолого-анатомічними бюро, бюро судово-медичної експертизи.

1.3. У містах, селищах міського типу, населених пунктах сільської місцевості в закладах охорони здоров'я, в яких працюють не менше ніж два лікарі, видаються лише лікарські свідоцтва про смерть. У сільських населених пунктах у закладах охорони здоров'я, де працює лише один лікар, у разі його відсутності (хвороба, відпустка і таке інше) фельдшер видає фельдшерську довідку про смерть (форма № 106-1/о). У випадках смерті дітей віком 0 – 6 діб та мертвонародження закладами охорони здоров'я заповнюються лікарські свідоцтва про перинатальну смерть (форма № 106-2/о), лікарське свідоцтво про смерть у цих випадках не видається.

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 за ЄДРПОУ _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації № 106 / о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 08.08.2006 № 545

ЛІКАРСЬКЕ СВИДОЦТВО ПРО СМЕРТЬ №
(остаточне, попереднє, замість попереднього № _____, замість остаточного № _____)
(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:
доношена – 1, недоношена – 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, село – 2 (підкреслити) _____,
(вписати)
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 відповідей

ДОВІДКА ПРО ПРИЧИНУ СМЕРТІ
(до форми № 106/о № _____, видається для поховання)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого _____

2. Вік померлого _____ 3. Дата смерті “__” _____ 200__ р.
(число, місяць, рік)

4. Причини смерті: _____
(основна причина смерті)

Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який видав довідку _____

“__” _____ 200__ 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 призвели до смерті:

а) _____
(безпосередня причина смерті)

б) _____

в) _____

г) _____

Приблизний час між початком захворювання і смертю _____

(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 жінки 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 _____ посвідчення (вписати).

Підпис лікаря, який
заповнив свідоцтво _____

М.П. _____

_____ “ ” _____ 20__ р.

(прізвище, ім'я, по батькові одержувача) (підпис)

2. ПОРЯДОК ВИДАЧІ ЛІКАРСЬКОГО СВДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ

2.1. Перший примірник лікарського свідоцтва про смерть видається родичам померлого чи іншим особам, які зобов'язалися поховати померлого, другий примірник лікарського свідоцтва про смерть залишається в закладі охорони здоров'я або місці провадження медичної практики ФОП. Видача трупа без лікарського свідоцтва про смерть забороняється. У разі поховання померлого закладом охорони здоров'я або ФОП останній обов'язково заповнює лікарське свідоцтво про смерть і передає його до органів реєстрації актів цивільного стану не пізніше трьох діб від дня смерті. У разі загублення лікарського свідоцтва про смерть видається нове свідоцтво з поміткою «дублікат» на підставі письмової заяви особи, яка отримала оригінал, або іншої особи, яка зобов'язалася поховати померлого. Дублікат заповнюється у двох примірниках, номери яких повинні бути ідентичними. Перший примірник дубліката видається родичам померлого або особі, яка зобов'язалася поховати померлого, другий примірник разом із заявою про його отримання залишаються в закладі охорони здоров'я або місці провадження медичної практики ФОП.

2.2. Лікарське свідоцтво про смерть видає лікар, який лікував померлого, на підставі спостережень за хворим і записів у медичній документації, що відображали стан хворого до його смерті, або патологоанатом на підставі вивчення медичної документації і результату розтину.

2.3. У разі якщо смерть настала внаслідок дії зовнішніх факторів (травми, асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, отруень тощо), після штучного аборту, проведеного поза межами медичного закладу, смерті на виробництві, у разі раптової смерті дітей першого року життя та інших осіб, які не перебували під

медичним наглядом, померлих, особа яких не встановлена, а також у тих випадках, коли є підозра на насильницьку смерть, лікарське свідоцтво про смерть видає судово-медичний експерт після розтину.

2.4. Забороняється видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті. У виняткових випадках свідоцтво про смерть може бути видане лікарем, який установив смерть лише на підставі огляду трупа (за відсутності ознак або підозри на насильницьку смерть) та даних медичної документації про наявність у померлого за життя хвороб, які під час перебугу могли призвести до настання смерті.

Патологоанатом зазвичай видає лікарське свідоцтво про смерть на підставі розтину трупів.

Патологоанатомічне дослідження може не призначатися у випадках, передбачених статтею 6 Закону України «Про поховання та похоронну справу». У цих випадках лікарське свідоцтво про смерть видається лікарем, під наглядом якого був померлий.

2.5. Головний лікар (керівник) закладу охорони здоров'я забезпечує контроль за достовірністю заповнення лікарських свідоцтв про смерть, своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передавання його до органів реєстрації актів цивільного стану у випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

ФОП забезпечує достовірність заповнення лікарських свідоцтв про смерть, своєчасну їх видачу родичам померлого та особам, які мають право на його отримання, передачу його в органи реєстрації актів цивільного стану у випадках поховання померлого закладом охорони здоров'я.

2.6. Лікарське свідоцтво про смерть видається обов'язково з помітками «остаточне», «попереднє», «замість попереднього», «замість остаточного».

Лікарське свідоцтво про смерть із поміткою «попереднє» видається в тих випадках, коли для встановлення чи уточнення причини смерті потрібно провести додаткові дослідження. Після уточнення причини смерті заповнюється нове лікарське свідоцтво з поміткою «замість попереднього» теж у двох примірниках, номери яких повинні бути ідентичними, перший примірник якого пересилається закладом охорони здоров'я або ФОП безпосередньо у відповідні місцеві органи державної статистики протягом 27 днів з моменту заповнення "попереднього" лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладах охорони здоров'я або місці провадження медичної практики ФОП.

Якщо було видане лікарське свідоцтво про смерть із поміткою «остаточне» та була виявлена помилка в записі діагнозу, необхідно заповнити нове лікарське свідоцтво у двох примірниках «замість остаточного лікарського свідоцтва про смерть № _ » , перший примірник якого заклади охорони здоров'я направляють до відповідних місцевих органів державної статистики впродовж 27 днів із моменту заповнення «остаточного» лікарського свідоцтва. Другий примірник залишається в закладі охорони здоров'я.

На підставі письмової заяви дозволяється видача другого примірника лікарського свідоцтва про смерть, яке було заповнене з поміткою «замість попереднього», родичам померлого в разі звернення їх до закладів охорони здоров'я впродовж одного року після його смерті, якщо були додаткові дослідження для уточнення причини смерті. В інших випадках повторно лікарське свідоцтво про смерть родичам не видається.

2.7. Неправильно заповнені примірники лікарських свідоцтв про смерть закреслюються із записом

«анульовано» і залишаються в закладі охорони здоров'я або місці провадження медичної практики ФОП.

2.8. Лікар, який відповідає за якість заповнення лікарських свідоцтв про смерть у закладі охорони здоров'я або ФОП, у разі якщо виявив помилки, зобов'язаний:

а) уточнити розбіжності з лікарем, який видав лікарське свідоцтво про смерть за первинною медичною документацією, забезпечити правильне заповнення лікарського свідоцтва про смерть. У цьому разі видається лікарське свідоцтво про смерть (замість остаточного № __), перший примірник якого направляється до відповідних органів статистики, другий примірник залишається в закладі охорони здоров'я або місці провадження медичної практики ФОП;

б) забезпечити розгляд неправильно заповнених лікарських свідоцтв про смерть на лікарських конференціях, нарадах.

Лікар, який відповідає за перевірку, не має права самостійно вносити зміни та доповнення до лікарських свідоцтв про смерть.

2.9. Другі примірники лікарського свідоцтва про смерть залишаються в закладі охорони здоров'я або місці провадження медичної практики ФОП та зберігаються один рік, після цього підлягають знищенню.

3. ПОРЯДОК ЗАПОВНЕННЯ ЛІКАРСЬКОГО СВІДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ

3.1. Бланки обох примірників лікарських свідоцтв про смерть брошуруються і у вигляді книги зберігаються в головного лікаря (керівника) закладу охорони здоров'я, його заступника, ФОП або в завідувача районного, міжрайонного та міського відділу або відділення патолого-анатомічного бюро та бюро судово-медичної експертизи.

3.2. Лікарське свідоцтво про смерть заповнюється у двох примірниках формату А4 з обох боків.

3.3. При заповненні бланка підпорядкування медичного закладу зазначається відповідно до відомчої підпорядкованості.

3.4. У верхньому кутку штампа обов'язково проставляється ідентифікаційний код ЄДРПОУ закладу охорони здоров'я або реєстраційний номер облікової картки платника податків, або серія (за наявності), номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків відповідно до закону).

3.5. Лікарські свідоцтва про смерть нумеруються шляхом зазначення порядкового номера свідоцтва. Нумери на обох примірниках свідоцтва повинні бути ідентичними.

3.6. Заповнення лікарського свідоцтва про смерть проводиться шляхом підкреслювання, вписування необхідних відомостей та заповнення вічок відповідними позначеннями.

3.7. У пункті 7 лікарського свідоцтва про смерть зазначається місце постійного проживання померлого відповідно до паспортних даних або довідки про реєстрацію місця проживання чи місце перебування. У разі її відсутності потрібно зазначити: «невідомо». Не можна зазначати місце тимчасового проживання померлого або місцезнаходження закладу охорони здоров'я, або місце провадження медичної практики ФОП.

3.8. Запис в обох примірниках повинен бути повністю ідентичним. Електронна форма № 106/о (у разі її ведення) повинна відповідати затвердженій паперовій формі.

3.9. Заповненню підлягають усі пункти лікарського свідоцтва про смерть. За відсутності тих чи інших

відомостей потрібно зазначити: «невідомо», «не встановлено».

3.10. Пункт 9 лікарського свідоцтва про смерть заповнюється таким чином:

– якщо основна причина смерті кодується в межах I - XVII класів за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ-10), вибирається – 1 (захворювання);

– якщо основна причина смерті кодується в межах XVIII класу за МКХ-10, вибирається – 2 (неуточнені причини смерті);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класів V01-X59 за МКХ-10, вибираються 3, 4 (нешасний випадок поза виробництвом, нещасний випадок у зв'язку з виробництвом);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу X60-X84 за МКХ-10, вибирається 5 (навмисне самоушкодження);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класів X85-Y09 за МКХ-10, вибирається 6 (наслідки нападу);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y10-Y34 за МКХ-10, вибирається 7 (випадки ушкодження з невизначеним наміром);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y35-Y36 за МКХ-10, вибирається 8 (ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y40-Y84 за МКХ-10, вибирається 9 (ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги);

– якщо основна причина смерті кодується в межах класу Y85-Y89 за МКХ-10, вибирається 10 (віддалені наслідки зовнішніх причин захворюваності та смертності).

3.11. У пункті 11 лікар зазначає свої прізвище, ім'я, по батькові, посаду та підставу, яка дає можливість визначити послідовність патологічних процесів, що призвели до смерті, і вказує причину смерті.

Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати хворобу або травму, що призвела до розвитку хворобливих процесів, які спричинили смерть, або наслідки нещасного випадку чи насильства, що стали причиною смерті.

У частині I пункту 11 у рядку «а» записується хвороба або стан, що безпосередньо призвела до смерті, в рядках «б», «в», «г» зазначаються патологічні стани (якщо такі були), що зумовили безпосередню причину смерті (згадану вище); основна причина смерті зазначається в останню чергу. Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу або стан, що безпосередньо спричинили смерть.

У деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть збігатися.

У кожному рядку повинно бути записано лише одне захворювання або патологічний стан.

Зазначення приблизного інтервалу (хвилини, години, тижні, місяці або роки) між початком захворювання та смертю допомагає лікареві правильно вибрати код причини смерті.

У частині II свідоцтва записуються інші суттєві стани або захворювання, які сприяли настанню смерті, але не були пов'язані з хворобою чи станом, що безпосередньо призвели до смерті. У цьому пункті потрібно вказати дату операції, інфаркту міокарда, інсульту, термін вагітності, якщо такі мали місце.

Код за МКХ-10 у квадратику ліворуч на лікарському свідоцтві про смерть проставляє той лікар, який безпосередньо заповнює свідоцтво.

3.12. При записі захворювання не можна допускати неточностей, обмежуватися загальними виразами або зазначенням симптомів замість повного діагнозу, а також використовувати аббревіатуру, скорочення тощо. Потрібно вказати форму, стадію, локалізацію захворювання.

3.13. При заповненні пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть на померлу вагітну, роділню чи породілню рекомендується робити запис у такому порядку:

– у випадках смерті внаслідок акушерських ускладнень вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також унаслідок втручань, неправильного ведення пологів і таке інше відомості про причину смерті записуються в першій частині в рядках «а», «б», «в», «г». Запис повинен чітко вказувати на зв'язок із вагітністю, пологами чи післяпологовим періодом;

– у випадку смерті вагітної, роділлі чи породіллі внаслідок хвороби, яка існувала в неї раніше або виникла в період вагітності, яка не пов'язана безпосередньо з акушерською причиною, але обтяжена фізіологічним впливом вагітності, або нещасного випадку, відомості про причину смерті записуються в частині I, у рядках «а», «б», «в», «г», але водночас у II частині обов'язково робиться запис про вагітність та її термін;

– у всіх випадках смерті жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді в межах 42 днів після пологів у частині II пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть робиться запис: «_____ тиждень вагітності», «_____ день післяпологового періоду», а якщо смерть жінки настала внаслідок причини, пов'язаної з пологами, після 42-го дня до одного року, то робиться запис: «_____ тиждень після пологів».

3.14. У випадках смерті від травм у пункті 11 коди зовнішніх причин (V01-Y89) необхідно застосовувати як основні коди для кодування.

Рекомендується вживати коди з класу XIX (S00-T98) як додаткові з метою ідентифікації характеру травми. У свідоцтві про смерть проставляються обидва коди.

Якщо у свідоцтві згадується більше ніж один різновид травми для тієї самої ділянки тіла в межах кодових діапазонів S00-S99, T08-T35, T66-T79 і при цьому не зазначено чітко, яка саме травма стала причиною смерті, то необхідно застосовувати загальний принцип.

3.15. Якщо померлий належить до осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, в пункті 13 лікарського свідоцтва про смерть потрібно зазначити категорію та серію посвідчення. Ці відомості записуються на підставі посвідчення померлого, виданого відповідно до Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

3.16. Обидва примірники лікарського свідоцтва про смерть підписують лікар, який особисто його заповнив, і особа, яка звернулася до закладу охорони здоров'я або ФОП за документом. Обов'язково проставляється дата заповнення свідоцтва.

3.17. Запис про видачу лікарського свідоцтва про смерть (його дата, номер, причина смерті) повинен бути зроблений у відповідних формах медичної документації: «Медична карта стаціонарного хворого № ____» (форма № 003/о), «Історія вагітності та пологів № ____» (форма № 096/о), «Протокол патолого-анатомічного дослідження» (форма № 013/о), "Медична карта амбулаторного хворого № ____" (форма № 025/о), затверджених Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції

України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (зі змінами), «Акт судово-медичного дослідження (обстеження)» (форма № 171/о), затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 5 серпня 1999 року № 197.

3.18. Свідоцтво засвідчується круглою печаткою закладу або ФОП (за наявності) лише після того, як воно було перевірено відповідальним лікарем, про що він робить запис у вищезазначених медичних документах.

3.19. Одночасно при видачі лікарського свідоцтва про перинатальну смерть лікар заповнює довідку про причину смерті в одному примірнику і видає родичам померлого чи іншим особам для поховання. Номери довідки про причину смерті та лікарського свідоцтва про смерть мають бути ідентичними.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ З ТЕОРЕТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ЗАНЯТТЯ

1. Куди направляється другий примірник лікарського свідоцтва про смерть?
2. Хто і на підставі чого видає лікарське свідоцтво про смерть?
3. У яких випадках лікарське свідоцтво про смерть видається судово-медичним експертом після розтину?
4. Чи можлива видача лікарського свідоцтва про смерть заочно, без особистого встановлення лікарем факту смерті?
5. У яких випадках видається лікарське свідоцтво про смерть із поміткою «попереднє»?
6. Чи можлива заміна «остаточного» лікарського свідоцтва про смерть?
7. Куди направляються неправильно заповнені примірники лікарських свідоцтв про смерть?

8. Кули направляються другі примірники виписаних лікарських свідоцтв про смерть?
9. Який основний порядок заповнення лікарського свідоцтва про смерть?
10. Що записується в частині II свідоцтва?

Розділ 5
**ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ
ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗУ
ТА ЛІКАРСЬКОГО СВДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ
У РАЗІ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

1. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: блюдцеподібний масивний рак шлунка (гіст. аденокарцинома G3).

Ускладнення основного захворювання: метастази у воротарні лімфатичні вузли. Стан після операції: розширена резекція шлунка, накладення стравохідно-тонкокишкового анастомозу (дата), неспроможність анастомозу, розлитий фібринозно-гнійний перитоніт, дистрофічні зміни в паренхіматозних органах.

Супутня патологія: Серозна кіста лівої нирки. Атеросклероз аорти I – II ст.

Свідчення про смерть:

- I. а) розлитий фібринозно-гнійний перитоніт;
б) неспроможність післяопераційного анастомозу;
в) масивний рак шлунка.

II. –

2. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: масивний рак печінки на тлі постнекротичного цирозу (гіст. – гепатоцелюлярний рак).

Ускладнення основного захворювання: метастази в парааортальні лімфатичні вузли, портальна гіпертензія – асцит, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу і шлунка, стравохідно-шлункова кровотеча (1 200 мл).

Супутня патологія: хронічний панкреатит.

Свідчення про смерть:

- I. а) масивна стравохідно-шлункова кровотеча;

- б) варикозне розширення вен стравоходу і шлунка;
- в) рак печінки.

II. –

3. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: злоякісне новоутворення (гіст. – аденокарцинома G2) передміхурової залози.

Ускладнення основного захворювання: серозно-геморагічний цистит. Стан після операції: одномоментне видалення передміхурової залози (дата), тромбоз стегнових вен, тромбоемболія стовбура легеневої артерії, кардіопульмональний шок.

Свідоцтво про смерть:

- I. а) тромбоемболія стовбура легеневої артерії;
- б) стан після операції: видалення передміхурової залози (дата);
- в) злоякісне новоутворення передміхурової залози.

II. -

4. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: гострий деструктивний (флегмонозний) апендицит (K35.0).

Ускладнення основного захворювання: перфорація червоподібного відростка в середній третині (діаметр перфоративного отвору – 0,2 см), розлитий фібринозний перитоніт. Операція: лапаротомія, апендектомія, санація і дренивання черевної порожнини (дата), некротичний нефроз, набряк легень і головного мозку.

Супутні захворювання: есенціальна артеріальна гіпертензія: ексцентрична гіпертрофія міокарда (маса серця – 480 г, товщина стінки лівого шлуночка серця – 1,8 см, правого – 0,3 см), дифузний дрібновогнищевий кардіосклероз, стенозувальний атеросклероз артерій серця (3-й ступінь, III стадія, стеноз до 50 %) (I11.9).

Свідоцтво про смерть:

- I. а) розлитий фібринозно-гнійний перитоніт;
 - б) перфорація червоподібного відростка в середній третині;
 - в) гострий деструктивний (флегмонозний) апендицит (К.35.0).
- II. –

5. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: фурункул лівої скроневої ділянки (L02.0).

Фонове захворювання: герпетична інфекція з ураженням губ і шкіри обличчя.

Ускладнення основного захворювання: тромбофлебіт лівої зовнішньої яремної вени, тромбоз поперечного і сигмоподібного синусів твердої мозкової оболонки зліва; септикопемія, спричинена золотистим стафілококом (за мікробіологічними даними): вторинний гнійний менінгоенцефаліт; двобічна деструктивна вогнищезо-зливна пневмонія з абсцедуванням, множинні гострі абсцеси легень, двобічний гнійно-фібринозний плеврит. Операція: торакоцентез, дронування лівої плевральної порожнини (дата) з приводу піопневмотораксу; нижня трахеостомія (дата), множинні гострі ерозії і виразки цибулини 12-палої кишки, масивна шлунково-кишкова кровотеча з гострих виразок від (дата) (800 мл крові у шлунку, кров у просвіті тонкої і товстої кишок), постгеморагічна анемія, набряк та набухання тканини головного мозку, пролежні в оділянці крижів і куприка.

Свідоцтво про смерть:

- I. а) гнійний менінгоенцефаліт;
 - б) септикопемія;
 - в) фурункул лівої скроневої ділянки (L02.0).
- II. Герпетична інфекція.

6. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: гнійна рана на місці фурункула правого плеча (L02.4).

Ускладнення основного захворювання: септицемія (за клінічними та лабораторними даними): бактеріологічне дослідження крові № _ від (дата) – виділений золотистий стафілокок); ендотоксичний шок: рідкий стан крові у великих судинах, гостре венозне повнокров'я внутрішніх органів, набряк легень, «шокова» нирка – ішемія кіркового шару і повнокров'я пірамід нирок, паренхіматозна (білкова) дистрофія міокарда, стеатоз печінки, гострі виразки слизової оболонки шлунка, набряк головного мозку.

Свідоцтво про смерть:

- I. а) ендотоксичний шок;
б) септицемія;
в) гнійна рана на місці фурункула правого плеча (L02.4).
- II. –

7. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: защемлена правобічна пахвово-каліткова кіла.

Ускладнення основного захворювання: некроз і геморагічна інфільтрація петлі клубової кишки, розлитий фібринозний перитоніт, ДВЗ-синдром, паренхіматозна дистрофія міокарда, печінки, некротичний нефроз, набряк легенів, набряк головного мозку.

Свідоцтво про смерть:

- I. а) розлитий фібринозний перитоніт;
б) некроз петлі клубової кишки;
в) защемлена правобічна пахвово-каліткова кіла.

8. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: внутрішньопечінковий гнійний калькульозний холангіт.

Ускладнення основного захворювання: множинні жовчні некрози і перихолангіолярні абсцеси печінки, змішана жовтяниця, виражена паренхіматозна дистрофія внутрішніх органів, двобічна вогнищева бронхопневмонія, набряк легень, набряк головного мозку.

Свідок про смерть:

I. а) печінкова недостатність;

б) абсцедивний гепатит;

в) внутрішньопечінковий гнійний калькульозний холангіт.

II. –

9. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: алкогольний дрібновузловий цироз печінки.

Ускладнення основного захворювання: синдром портальної гіпертензії – асцит, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу і шлунка, масивна кровотеча з вен стравоходу (1 200 мл), гостра постгеморагічна анемія.

Супутні захворювання: фіброзно-вогнищевий туберкульоз верхівки правої легені, хронічний бронхіт, сітчастий пневмосклероз, хронічна емфізема легень.

Свідок про смерть:

I. а) гостра постгеморагічна анемія;

б) кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу;

в) алкогольний дрібновузловий цироз печінки.

II. –

10. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: гостра судинна хвороба кишківника (геморагічний інфаркт клубової кишки).

Фонове захворювання: атеросклероз з ураженням брижових артерій.

Ускладнення основного захворювання: фібринозно-гнійний перитоніт, паренхіматозна дистрофія внутрішніх органів, набряк легень.

Супутні захворювання: портальний дрібновузловий цироз печінки на стадії субкомпенсації, ХІХС, атеросклероз вінцевих артерій, дифузний атеросклеротичний кардіосклероз.

Свідоцтво про смерть

I. а) набряк легень;

б) фібринозно-геморагічний перитоніт;

в) гостра судинна хвороба кишківника (K55.0).

II. Атеросклероз з ураженням брижових артерій.

11. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: карбункул лівої сідничної ділянки.

Фонове захворювання: інсулін-залежний цукровий діабет, декомпенсований.

Ускладнення основного захворювання: операція: розкриття карбункула (дата), бактеріальний шок.

ДВЗ-синдром – множинні мікрозгустки в судинах мікроциркуляторного русла внутрішніх органів і шкіри, множинні геморагічні інфаркти легень, двобічний тубулярний некроз нирок, вогнищеві некрози печінки, набряк легень, набряк головного мозку.

Супутні захворювання: ХІХС, атеросклероз вінцевих артерій, постінфарктний кардіосклероз.

Свідоцтво про смерть:

- I. а) набряк легень, головного мозку;
б) бактеріальний шок;
в) карбункул лівої сідниці.
- II. Цукровий діабет, декомпенсований.

12. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: злоякісне новоутворення сечового міхура (гіст. – івазивна папілярна уротеліальна карцинома високого ступеня злоякісності).

Ускладнення основного захворювання: вторинні зміни в пухлині (розпад, крововиливи), метастази раку в регіонарні лімфатичні вузли, проростання пухлини в правий сечовід, гнійно-геморагічний цистит, висхідний двобічний гнійний пієлонефрит, уремія (сечовина крові – 70 ммоль/л, креатинін крові – 600 мкмоль/л).

Свідоцтво про смерть

- I. а) уремія;
б) висхідний пієлонефрит;
в) злоякісне новоутворення сечового міхура.
- II. –

13. Патологоанатомічний діагноз:

Основне комбіноване захворювання: міжм'язова флегмона лівого плеча, розтин флегмони (дата) (*Enterobacter* spp. згідно з прижиттєвим бактеріологічним дослідженням).

Фонове захворювання: наркоманія (за клінічними даними).

Ускладнення: септицемія: поліорганна недостатність – респіраторний дистрес-синдром дорослих: гострі виразки та ерозії малої кривизни шлунка: множинні петехіальні крововиливи в шкірі, слизових оболонках; дрібновогнищеві – в аденогіпофізі та надниркових

залозах, паренхіматозна (білкова) дистрофія печінки, міокарда, нирок, набряк головного мозку.

Свідоцтво про смерть:

I. а) септицемія;

б) –;

в) міжм'язова флегмона.

II. Наркоманія (за клінічними даними).

14. Патологоанатомічний діагноз:

Основне захворювання: папілярний рак щитоподібної залози.

Ускладнення основного захворювання: метастази в паратрахеальні лімфатичні вузли та лімфатичні вузли шиї, проростання пухлини в м'які тканини шиї з розпадом, медіастеніт, трахеостравохідна нориця, двобічна аспіраційна бронхопневмонія, набряк легень, набряк головного мозку.

Свідоцтво про смерть:

I. а) аспіраційна пневмонія;

б) трахеостравохідна нориця;

в) рак щитоподібної залози.

II. –

Розділ 6
**ВАРІАНТИ ПРОТОКОЛІВ РОЗТИНІВ
У РАЗІ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Задача 1

Основні дані протоколу розтину № 1.
Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.
Направлена до стаціонару каретою швидкої допомоги.
Відділення – хірургічне.
Історія хвороби № 1583. Вік – 88 років, пенсіонерка.
Госпіталізована – 17.04.2020 р. о 13:00.
Померла – 19.04.2020 р. о 14:00.
Дата розтину – 20.04.20 р. о 10:00.

***Короткі клінічні, лабораторні та інші дані
дослідження.***

Жила одна. Упродовж десяти років перебуває на обліку в кардіолога з приводу ХІХС, дифузного атеросклеротичного кардіосклерозу. Один тиждень тому почалися нападоподібні болі в животі, інтенсивність яких наростала. Скарги на оперізувальні болі в животі, здебільшого в лівому підребер'ї, нудоту, відрижку, блювання, здуття живота. Пульс пришвидшений, артеріальний тиск знижений. Негайно було ухвалене рішення про ургентне оперативне втручання. Під час операції настало припинення серцевої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп жінки правильної статури, достатнього живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багрові плями. Шкіра обличчя, тулуба та видимі слизові оболонки

синюшного кольору. В лівому зап'ястку – вазофікс. Установлений епідуральний катетер. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 3,5 см. На передній черевній стінці, по середній лінії черева, розміщується післяопераційна рана довжиною 8 см, накладено 6 швів, шви спроможні. Черевна порожнина дренована рукавично-трубчастими дренажами: в лівій поперековій ділянці (дренаж сальникової сумки), в правій здухвинній ділянці (дренування малого таза), в правому підребер'ї (підпечінковий простір) та лівій здухвинній ділянці. У черевній порожнині виявляється 200 мл каламутної сірої рідини. Тканина сальника у вигляді щільного пласта жовтого кольору з вогнищевими крововиливами та стеариновими бляшками. Брижа кишківника тьмяна з крововиливами та стеатонекрозами. У плевральних порожнинах по 300,0 мл каламутної рідини жовтого кольору, їх серозні покриви гладкі, вологі та блискучі.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6,0 см х 5,0 см х 2,0 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок темно-червоного кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – піниста рідина. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 24,0 см х 12,0 см х 8,0 см. Поверхня розрізу легенів сіро-рожевого кольору, в задньонижніх відділах – темно-червоного

кольору. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона пінява рідина. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, блискуча. Стінки бронхів у ділянці кореня легенів ущільнені, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я», перибронхіально легенева тканина ущільнена, світло-сірого кольору.

Серце розміром 12,0 см x 8,0 см x 5,5 см. У порожнині перикарда близько 20,0 мл рідини жовтого кольору. Епікард блискучий. Під ним – значні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,3 см, лівого – 1,8 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. Незначна кількість рідкої крові – у порожнині правого шлуночка. На розрізі м'яз стінки лівого шлуночка коричневого кольору, на дотик дряблої консистенції. Вінцеві артерії серця під епікардом звивистої конфігурації, місцями нерівномірно завапновані. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 50 % за рахунок пристінкового відкладання вапняних солей. Внутрішня оболонка судин дещо потовщена. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору, покрита множинними бляшками білого й жовтого кольорів розміром від 0,5 см x 0,5 см до 1,5 см x 1,0 см, навколо яких є відкладення вапняних солей.

Шлунок помірно роздутий. Слизова оболонка блідо-сірого кольору з множинними підслизовими дрібноточковими крововиливами та ерозіями, складки згладжені. У порожнині шлунка невелика кількість рідкого вмісту сірого кольору з кислим запахом. Слизова 12-палої кишки з численними підслизовими дрібноточковими крововиливами та ерозіями. Петлі тонкої та товстої кишок

роздуті. Серозна оболонка тьмяна, з ін'єкцією судин. Слизова оболонка тонкої й товстої кишок помірно складчаста. У просвіті кишківника калові маси звичайного вигляду.

Печінка розміром 21,0 см x 18,0 см x 12,0 см x 8,5 см. Поверхня її гладка. Капсула прозора тонка. На розрізі коричнево-жовтого кольору, на дотик помірно щільна. Жовчні шляхи прохідні. У жовчному міхурі – тягуча темно-зелена жовч. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза представлена некротичними масами червоного та чорного кольорів, що повністю заповнюють простір залози. Капсула залози тьмяна з крововиливами та стеариновими бляшками. Паранкратична клітковина тьмяна, брудно-сірого кольору з ділянками крововиливів та множинними стеатонекрозами.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,0 см x 3,0 см x 0,5см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 10 см x 5,5 см x 4 см, права – 10 см x 5,5 см x 4,5 см. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок знімається з затрудненнями, поверхня їх темно-червона з поодинокими втягненнями. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур порожній. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка розміром 10,0 см x 6,0 см x 4,0 см. Капсула в'яла. З поверхні розрізу зскрібається значна кількість крові темно-вишневого кольору. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені, перибронхіальні лімфатичні вузли аспідно пігментовані.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом із її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – гістоструктура м'яких мозкових оболонок розпушена (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини повнокровні. Пошарова будова кори головного мозку збережена, проте простежується нечітко. Серед нейронів кори головного мозку визначаються клітини, змінені за ішемічним типом, спостерігаються нейрони в стані тяжких змін. У багатьох полях зору візуалізуються ділянки нейрональних спустошень. Визначаються фігури перицелюлярного сателітозу і нейронофагії. Перицелюлярні простори дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені з більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори дещо розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна. У тканині легені ділянки дистелектазу (ділянки тканини легені в стані неповного ателектазу зі зниженою пневматизацією) чергуються з ділянками емфізематозного здуття. Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку, в деяких полях зору

стоншені й розірвані. Просвіти альвеол різного розміру, просвіти багатьох альвеол містять десквамовані альвеолоцити, серед яких трапляються й макрофаги, їх цитоплазма містить пігмент бурого кольору (гемосидерин). У багатьох полях зору в просвітах альвеол візуалізуються зернисті еозинофільні маси. Просвіт бронхів містить пласти десквамованої епітеліальної вистілки. Судини проміжної тканини та капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий, під ним візуалізується помірна кількість субепікардіальної жирової тканини, дрібні гілки вінцевої вени і артерії та судини мікроциркуляторного русла (в товщі субепікардіальної жирової тканини) повнокровні. Міокард дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин, а також унаслідок поширення субепікардіальної жирової тканини в товщу міокарда та розростань жирової тканини в стромі міокарда (в деяких полях зору). Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою, у складі саркоплазми деяких кардіоміоцитів візуалізується пилоподібна зернистість бурого кольору. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. М'язові волокна міокарда тонкі. Місцями простежується хаотичний хід м'язових волокон міокарда зі своєрідними завихреннями (дезорганізація орієнтації м'язових волокон міокарда). Інтрамуральні артерії малокровні, стінки інтрамуральних артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані, артеріоли спазмовані, вени повнокровні.

Печінка (1 зріз) – балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити дещо набряклі, із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. У розширених жовчних каналцях визначаються зерна пігменту зеленувато-бурого кольору. Синусоїди повнокровні. Центральні вени повнокровні,

вени порталних трактів нерівномірно кровонаповнені, артерії триад спазмовані. Строма порталних трактів компактна.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула в мікропрепараті представлена фрагментами, тонка, компактна, щільно прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки різновеликі; їх капілярні петлі з помірним кровонаповненням. Просвіти капсул клубочків здебільшого вільні. Епітелій звивистих ниркових канальців із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію канальців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти ниркових канальців вузькі, просвіти деяких ниркових канальців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини дещо набрякла. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, вени повнокровні, судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла повнокровні.

Підшлункова залоза (1 зріз) – паренхіма підшлункової залози на переважній площі дослідження некротизована, залози кінцевих зовнішньосекреторних відділів дисконкомплексовані, їх епітелій набряклий з округленими контурами, з базофільною цитоплазмою, контури їх ядер визначаються не завжди чітко, в деяких групах епітелію ядра не визначаються зовсім; місцями паренхіма має вигляд зернистої маси буро-рожевого кольору. Ендокринні острівці Лангерганса не візуалізуються. Стінки вивідних проток потовщені, фіброзовані, їх епітеліальна вистілка десквамована. Внутрішньоорганні судини венозного русла нерівномірно кровонаповнені, артерії – недокривні. У стромі залози визначаються масивні, що зливаються між собою, крововиливи, представлені зернистими масами коричнево-оранжевого кольору, з реактивною запально-клітинною реакцією.

Чепець (1 зріз) – в мікропрепараті фрагмент жирової тканини, з тонкими прошарками сполучної тканини. Одна з поверхонь жирової тканини покрита тонким сполучнотканинним покривом (серозний покрив). На поверхні серозного покриву – накладення фібрину, а серозний покрив із дифузною, нерівномірної щільності лейкоцитарно-макрофагальною інфільтрацією. У товщі жирової тканини місцями візуалізуються осередкові крововиливи (представлені щільним скупченням гіпoxромних еритроцитів) з проявами реактивної ексудативної запально-клітинної реакції (в товщі крововиливів візуалізуються лейкоцити, макрофаги). Візуалізовані в товщі досліджуваної тканини артерії нерівномірно кровонаповнені, деякі артеріоли спазмовані, вени нерівномірно кровонаповнені.

Задача 2

Основні дані протоколу розтину № 2.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлений до стаціонару каретою швидкої допомоги.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 2587. Вік – 41 рік, безробітний.

Госпіталізований – 11.05.2020 р. о 05:20.

Помер – 11.05.2020 р. о 05:40.

Дата розтину – 11.05.2020 р. о 14:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження.

Упродовж п'яти років перебував на обліку в нарколога з приводу алкоголізму. Упродовж останнього місяця захворів на жовтяницю, збільшився живіт та відчув важкість у правому підребер'ї. Раптово уночі виникли блювання кров'ю, різка слабкість, запаморочення. Під час госпіталізації до стаціонару шкірні покриви та слизові оболонки бліді з жовтяничним відтінком. Пульс – 110 уд/хв, артеріальний тиск – 70/30 мм. рт. ст. У приймальному відділенні настало припинення серцевої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Розтину підлягав труп чоловіка правильної статури, зниженого живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене достатньо. На спині наявні темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді з жовтуватим відтінком. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,0 см. У черевній порожнині міститься близько 1,5 л рідини світло-жовтого кольору. Очеревина гладка, блискача, повнокровна.

У лівій та правій плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявлено. Плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 5 см x 4 см x 2 см. Паращитоподібні залози діаметром 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Мигдалики не збільшені, на розрізі синюшні. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору.

Слизова оболонка стравоходу блідо-сірого кольору, з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. У нижній його третині та кардіальному відділі шлунка має місце варикозне розширення вен.

Слизіві оболонки гортані й трахеї блідо-сірого кольору із синюшним відтінком. У просвіті трахеї піниста рідина і небагато слизу.

Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 25 см x 15 см x 10 см. Поверхня розрізу легень сіро-рожевого кольору, повітряна. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів сіро-рожевого кольору.

Серце розміром 11,0 см x 7,0 см x 5,0 см. Епікард блискучий. Під ним – незначні жирові накопичення. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 2,5 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка дещо потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. М'яз стінки лівого шлуночка блідо-коричневого кольору, в'ялий. Коронарні артерії серця під епікардом звивисті, контурують. Просвіт їх на поперечних розрізах не звужений. Внутрішня оболонка

судин не потовщена. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору з поодинокими ліпідними плямами та смугами.

Шлунок помірно роздутий, у просвіті шлунка – рідка кров та її згустки. Слизова оболонка згладжена, блідо-червоного кольору з дрібними підслизовими крововиливами; 12-пала кишка не змінена, слизова оболонка її блідо-рожева. Петлі тонкої й товстої кишок помірно роздуті, слизова оболонка їх блідо-рожева, у просвіті – рідкий уміст чорного кольору.

Печінка розміром 18,5 см x 16,3 см x 15,0 см x 8,5 см. Капсула щільно спаяна з поверхнею органа, поверхня її дрібновузлова. На розрізі тканина печінки жовто-сірого кольору, на дотик кам'янистої щільності. Жовчні ходи прохідні, в жовчному міхурі – тягуча темно-зелена жовч. Товщина стінки до 0,4 см, сірого кольору.

Підшлункова залоза розміром 20,2 см x 3,5 см x 2,0 см, ущільнена, на розрізі – з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,2 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий та мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: права – 10,5 см x 6,0 см x 4,5 см, ліва – 11,2 см x 5,5 см x 4,0 см. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні; малюнок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладенька. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-сірого кольору.

Сечовий міхур містить близько 50 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка розміром 16,0 см x 12,4 см x 7,0 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-

вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені.

Кістки черепа звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка не напружена, з помірним повнокров'ям судин. М'які мозкові оболонки прозорі, помірно повнокровні. Синуси твердої мозкової оболонки містять рідку кров. Пазухи вільні. Ексудат на оболонках відсутній. Під час виділення головного мозку – незначна кількість рідини. Борозни півкуль головного мозку звичайної глибини. Звивини дещо набряклі, межа між сірою і білою речовинами чітка. Речовини помірної щільності, блискучі, помірно повнокровні, звичайної вологості. Бічні шлуночки не розширені, епендима їх блискуча, в просвіті – серозна рідина незначною кількістю. Судинне сплетення блискуче. Артерії основи головного мозку з рівномірно потовщеними стінками, просвіт не звужений, заповнений рідкою кров'ю.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки тонкі, місцями дещо розпушені (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини недокрівні. Пошарова будова кори головного мозку чітко не простежується. Серед нейронів кори головного мозку визначаються клітини, змінені за ішемічним типом, та нейрони в стані тяжких змін. Судини мікроциркуляторного русла недокрівні, капіляри у вигляді клітинних тяжів. Периваскулярні простори дещо розширені.

Легені (1 зріз) – плевра в мікропрепараті представлена фрагментами, тонка, щільно прилягає до легеневої тканини. Тканина легені повітряна. Міжальвеолярні перегородки тонкі, в деяких полях зору розірвані, водночас краї розірваних стінок альвеол гострі (позитивний симптом «шпори»). Просвіти альвеол різновеликі, деякі з них містять десквамовані альвеолоцити. Просвіти бронхіол

вільні (оптично порожні), епітеліальна вистілка їх слизової оболонки сегментарно десквамована. Судини проміжної тканини повнокровні, капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті представлений мізерними фрагментами, тонкий; під ним – тонкий прошарок субепікардіальної жирової тканини, в товщі якої візуалізуються дрібновогнищеві лімфоїдні інфільтрати. Міокард компактний, місцями дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Саркоплазма деяких груп кардіоміоцитів вакуолізована. Контури ядер кардіоміоцитів визначаються чітко. Перинуклеарно визначається пілоподібний пігмент золотистого кольору. У деяких полях зору визначається фрагментація м'язових волокон міокарда. Поперечна смугастість м'язових волокон міокарда чітко не проглядається. У стромі міокарда визначаються периваскулярні розростання сполучної тканини з формуванням своєрідних периваскулярних сполучнотканинних муфт. Інтрамуральні артерії недокрівні; вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – балково-радіарна структура печінки не проглядається. Гепатоцити у складі своєї цитоплазми містять різного розміру жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), які зміщують ядра на периферію клітин; контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди вузькі, ніби здавлені збільшеними гепатоцитами. Внутрішньопечінкова судинна система в усіх руслах і на всіх рівнях недокрівна. Строма порталних трактів і міжчасточкових септ різко фіброзована з нерівномірною щільністю лімфогістіоцитарної інфільтрації. У багатьох полях зору визначаються розростання портално-септальної стромы з формуванням хибних часточок.

Нирка (1 зріз) – ниркові клубочки різного розміру, їх капілярні петлі нерівномірно кровонаповнені. Просвіти капсул клубочків вільні. Епітелій звивистих ниркових каналців набряклий з зернистою еозинофільною цитоплазмою, контури ядер епітелію каналців проглядаються чітко. У багатьох полях зору в цитоплазмі епітелію визначається вакуолізація цитоплазми. Просвіти ниркових каналців вузькі, деякі з них містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини набрякла. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені; стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени повнокровні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені.

Задача 3

Основні дані протоколу розтину № 3.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлена до стаціонару каретою швидкої допомоги.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 1779. Вік – 71 рік, пенсіонерка.

Госпіталізована – 23.06.2020 р. о 15:20.

Померла – 24.06.2020 р. о 05:10.

Дата розтину – 24.06.2020 р. о 14:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Упродовж останніх днів турбували болі в животі, здуття живота, затримка газів, відсутність випорожнення протягом останніх двох діб, загальна слабкість, спрага. Раптово уночі біль посилювався, виникли нудота та запаморочення. Лікувалася самостійно голодом та застосуванням спазмолітиків. У зв'язку зі значним погіршенням загального стану, відсутністю випорожнення, значним больовим синдромом, вираженою загальною слабкістю, блюванням каретою швидкої допомоги доставлена в приймальне відділення. Оглянута черговим хірургом, терапевтом, анестезіологом, госпіталізована до хірургічного відділення. Під час госпіталізації загальний стан пацієнтки дуже тяжкий. У свідомості, температура тіла 37,6 °С. Сильнопозитивний симптом Щоткіна – Блюмберга в усіх відділах живота. Перистальтика не вислуховується. Незважаючи на проведене медикаментозне лікування пацієнтки, настало припинення серцевої діяльності.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп жінки правильної статури, підвищеного живлення. Товщина підшкірно-жирової клітковини в

ділянці передньої черевної стінки 6,0 см. Шкірні покриви і слизові оболонки губ, склер, повік чисті, ціанотичні. На шкірі передньої черевної стінки нижче від пупка – вогнищеві крововиливи від ін'єкцій. Катетеризована ліва підключична вена. Трупне залякання виражене задовільно. Трупні плями темно-багряного кольору, розміщені на задній поверхні тулуба і кінцівок. Грудна клітка, хребет не деформовані. Дрібні й великі суглоби звичайної конфігурації, не деформовані. Живіт звичайної форми.

Плевральні порожнини вільні від патологічних скупчень; плевра гладка, блискуча, повнокровна. Діафрагма блідо-сіра. У черевній порожнині патологічних скупчень не виявлено, наявні ознаки спайкового процесу. Очеревина тускла, повнокровна, з ін'єкцією судин.

Слизова оболонка гортані, трахеї, головних, часткових бронхів гладка, блискуча, в просвіті наявна незначна кількість слизу. Легені розміром 27,0 см x 14,0 см x 8,0 см. На розрізі легенева тканина повнокровна, набрякла, сіро-рожева. З поверхні розрізів, особливо нижніх часток, стікає червона піниста рідина. Просвіти бронхів розширені, стінки їх потовщені, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я». Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору.

У порожнині перикарда 20 мл прозорої світло-жовтої рідини. Листки перикарда гладкі, волого-блискучі. Серце розміром 13,0 см x 8,0 см x 6,5 см. Епікард блискучий, під ним – помірні відкладення жиру. Товщина стінки правого шлуночка – 0,6 см; лівого – 2,2 см. Ендокард пристінковий гладкий, волого-блискучий. Стулки клапанів аорти, легеневої артерії, мітрального, тристулкового клапанів не деформовані, гладкі, волого-блискучі, поверхня їх гладка. Порожнини лівого

шлуночка і передсердя не розширені, містять рідку кров і її пухкі згустки. Небагато рідкої крові – у порожнині правого шлуночка. Міокард щільний на дотик, коричневого кольору з дифузними дрібними, сірувато-білими прошарками фіброзної тканини. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно завапновані. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти (дуга, висхідний, низхідний, черевний відділи), верхньо-, нижньо-брижових, ниркових, клубових артерій із численними атеросклеротичними бляшками білого і жовтого кольорів розміром від 0,5 см x 0,5 см до 1,5 см x 2,0 см. У центрі деякі бляшки вкриті виразками, виповнені кашкоподібним умістом, навколо яких є відкладення вапняних солей. У просвіті мезентеріальних судин тромботичні маси темно-червоного кольору.

Слизова оболонка язика ціанотична, сосочки не зглажені, із сірувато-білими нашаруваннями. Слизова оболонка зівя, глотки не набрякла, ціанотична. Мигдалики не збільшені, сірого кольору. Стравохід не звужений, слизова оболонка його блідо-сіра, поздовжньо-складчаста. Шлунок помірно роздутий, складки слизової оболонки помірно й рівномірно виражені, слизова оболонка блідо-сірого кольору з дрібними множинними крововиливами. Кардіальний і пілоричний відділи шлунка прохідні. У просвіті шлунка – рідкий вміст сірого кольору. Слизова оболонка 12-палої кишки гіперемована, складчаста. Петлі тонкої та товстої кишок на всій довжині роздуті, синюшно-багряного кольору, сероза тьмяна.

Печінка розміром 22,0 см x 14,5 см x 10,0 см x 9,5 см, помірно щільна на дотик, поверхня печінки гладка. На розрізі нагадує малюнок «мускатного горіха». Жовчні

шляхи прохідні, містять темно-оливкову жовч. Жовчний міхур відсутній.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см х 3,5 см х 2,5 см, не деформована. Паренхіма середньочасточкова, з помірними розростаннями фіброзної тканини, сіро-жовта. Вірсунгова протока не звужена, містить біду рідину.

Селезінка не збільшена розміром 11,0 см х 6,0 см х 5,0 см, щільна, капсула гладка, з втягненням 0,8 см х 0,8 см, світло-сірого кольору, пульпа соковита, темно-червоного кольору. Зскрібок із поверхні розрізу помірний. Селезінкова вена містить кров. Лімфатичні вузли периферичні, грудної та черевної порожнин не збільшені, однорідно сірі, не спаяні між собою та оточуючими тканинами.

Паранефральна жирова клітковина значно розвинена. Жирові капсули не спаяні з фіброзними. Нирки не збільшені, розміром 12,0 см х 5,5 см х 4,0 см. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, фіброзні капсули знімаються легко, поверхня їх гладка. Кірковий шар не стоншений, блідо-сірий. Пірамідки темно-червоні, повнокровні, шари диференціюються виражено. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна. У правій нирці візуалізується утвір 1,5 см х 1,0 см х 0,8 см, жовтого кольору, з помірно вираженою капсулою. Місцями в нирковій паренхімі візуалізуються множинні утвори розміром 0,3–0,8 см, жовтого кольору, з крововиливами.

Надниркові залози не збільшені, коричнево-жовтого кольору. Межа між шарами добре виражена. Щитоподібна залоза не збільшена, щільно-еластична, на розрізі однорідна, м'ясиста, не спаяна з оточуючими органами. Параштитоподібні залози не збільшені, щільні, сіро-рожевого кольору, розміщені на капсулі

щитоподібної залози. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою тканиною.

Кістки черепа звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка не напружена, з помірним повнокров'ям судин. М'які мозкові оболонки прозорі, помірно повнокровні. Синуси твердої мозкової оболонки містять рідку кров. Пазухи вільні. Ексудат на оболонках відсутній. При виділенні головного мозку – значна кількість рідини. Борозни півкуль головного мозку згладжені. Звивини набряклі, межа між сірою і білою речовинами чітка. Речовини помірної щільності, блискучі, повнокровні, вологі. Бічні шлуночки не розширені, епендима їх блискуча, в просвіті – серозна рідина в помірною кількості. Судинне сплетення блискуче. Артерії основи головного мозку з рівномірно потовщеними стінками, просвіт місцями звужений із численними атероматозними масами.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки нерівномірної товщини, місцями дещо розпушені (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини нерівномірно кровонаповнені. Стінки артеріол потовщені внаслідок плазматичного просякання; в просвітах деяких венул – фібринові мікротромби. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів кори головного мозку визначаються клітини в стані гострого набухання, клітини, змінені за ішемічним типом, та клітини в стані тяжких дистрофічних змін. Перичелюлярні простори значно розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені з більш вираженим кровонаповненням венул, капіляри спазмовані (у вигляді клітинних тяжів). Периваскулярні простори значно розширені.

Легені (1 зріз) – легенева тканина в цілому повітряна. Міжальвеолярні перегородки тонкі, в деяких полях зору розірвані. Просвіти альвеол містять десквамовані альвеолоцити. У просвітах деяких альвеол візуалізуються пристінково розміщені еозинофільні маси з пухкою структурою (початок формування гіалінових мембран). Судини проміжної тканини повнокровні, капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий, місцями дещо потовщений, фіброзований, під ним візуалізується незначна кількість субепікардіальної жирової тканини. Міокард компактний, місцями незначно розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. У саркоплазмі кардіоміоцитів візуалізується пилоподібний пігмент золотистого кольору. М'язові волокна міокарда в багатьох полях зору фрагментовані внаслідок дисоціації кардіоміоцитів. Інтрамуральні артерії недокрівні; вени з помірним кровонаповненням, судини мікроциркуляторного русла повнокровні з еритростазами, в просвітах деяких венул – фібринові мікротромби. Периваскулярно визначається розростання сполучної тканини з формуванням своєрідних периваскулярних сполучнотканинних муфт.

Печінка (1 зріз) – балково-радіарна структура печінки чітко не простежується. Гепатоцити у складі своєї цитоплазми містять дрібні та середнього розміру жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тіл; контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди нерівномірно кровонаповнені, місцями з лейкостазами. Центральні вени нерівномірно кровонаповнені, вени порталних трактів нерівномірно кровонаповнені, артерії триад недокрівні.

Строма порталних трактів компактна з помірною лімфогістіоцитарною інфільтрацією.

Нирка (1 зріз) – ниркові клубочки в стані спазмування, їх капілярні петлі недокривні. Просвіти капсул клубочків широкі, переважно вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових канальців з вакуолізованою еозинофільною цитоплазмою, контури ядер епітелію канальців проглядаються нечітко, місцями відсутні. Просвіти ниркових канальців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини набрякла. Внутрішньониркові артерії з широкими просвітами, крові не містять, їх стінки фіброзовані, потовщені; внутрішньониркові вени повнокровні; судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла різко повнокровні, переважно в екстремедулярній зоні.

Товста кишка (1 зріз) – стінка товстої кишки з трансмуральною щільною запальною (переважно лейкоцитарною) інфільтрацією стінки з ділянками геморагічного некрозу. Судини мікроциркуляторного русла повнокровні з еритро- і лейкостазами. У товщі стінки візуалізуються вогнищево-зливні крововиливи.

Задача 4

Основні дані протоколу розтину № 4.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлений до стаціонару каретою швидкої допомоги.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 1874. Вік – 64 рік, пенсіонер.

Госпіталізований – 12.07.2020 р. об 11:20.

Помер – 12.07.2020 р. о 12:10.

Дата розтину – 13.07.2020 р. о 9:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий госпіталізований у дуже тяжкому стані, без свідомості. З анамнезу впродовж 1 доби відчував слабкість і запаморочення, було блювання великою кількістю незміненої крові. Спостерігався в гастроентеролога з приводу гіперацидного гастриту. Хворів на подагру впродовж останніх 5 років. Пульс – 100 уд./хв, артеріальний тиск – 50/30 мм. рт. ст. У приймальному відділенні настало припинення серцевої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Тіло чоловіка нормостенічної статури, задовільного живлення, з переважним відкладанням жиру в ділянці черевної стінки. Товщина підшкірно-жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,0 см. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині – темно-багрові плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді з синюшним відтінком. У ділянці ліктьових згинів – сліди від ін'єкцій. У ділянці ліктьових, гомілковостопних суглобів – подагричні тофуси. На дистальній фаланзі другого пальця лівої руки – набряк і деформація з гнійними виділеннями. У правій

плевральній порожнині міститься 200 мл, в лівій – 550 мл світло-жовтої прозорої рідини. Плевра гладка, блискуча. У черевній порожнині наявна рідина жовтого кольору близько 1 л. Очеревина гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 4,5 см х 4,7 см х 2,0 см. Паращитоподібні залози розміром діаметром 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка гортані, трахеї, головних бронхів гладка, сіро-рожевого кольору. Вісцеральна плевра гладка, волого-блискуча. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Легенева тканина повітряна. Легені нерівномірного кровонаповнення, на дотик однорідної м'якої консистенції. Поверхня розрізу легенів червоного кольору. З поверхні розрізу стікає червона піниста рідина.

Порожнина серцевої сумки містить близько 50,0 мл прозорої світло-жовтої рідини. Листки перикарда гладкі, волого-блискучі. Серце розмірами 15,0 см х 13,0 см х 6,5 см. Епікард блискучий, під ним візуалізуються жирові накопичення. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 2,5 см. Стулки клапанів не деформовані, тонкі, волого-блискучі, поверхня їх гладка. Порожнини містять пухкі згустки. Міокард на дотик в'ялий. На розрізі міокард коричнево-червоного кольору з прожилками білуватої тканини, які в ділянці лівого шлуночка зливаються у великі поля розміром 1,0 см х 1,0 см. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно звапнілі, склерозовані. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти – явища атеросклерозу за рахунок наявності жовтуватих плям та смуг, фіброзних бляшок, навколо яких є відкладання вапняних солей.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що слабо виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка зівна, глотки не набрякла, ціанотична. Стравохід не звужений, слизова оболонка його блідо-сіра, поздовжньо-складчаста з поодинокими крововиливами і розширеними венами.

Шлунок значно розтягнутий, у просвіті шлунка – велика кількість крові та її згустки (1 л). Слизова оболонка блідо-червоного кольору з дрібними підслизовими крововиливами, складки слабвиражені. У вихідному відділі шлунка візуалізуються виразковий дефект (1,5 см x x 0,8 см) глибиною ураження 0,5 см. У центрі виразки на дні – ерозована тромбована судина. Серозна оболонка петель кишківника бліда, блискуча. У просвіті петель тонкої та товстої кишок каловий вміст, забарвлений кров'ю темного кольору. Слизова оболонка петель тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору.

Підшлункова залоза розміром 15,0 см x 5,0 см x 2,5 см, повнокровна, помірно щільна на дотик, сіро-жовтого кольору.

Печінка розміром 21,0 см x 20,0 см x 9,0 см x 9,0 см. Капсула прозора, тонка. На розрізі тканина печінки глинистого кольору, нерівномірного кровонаповнення, на дотик щільна. Жовчні шляхи прохідні. Жовчний міхур розміром 7,5 см x 3,5 см x 2,5 см, наповнений жовчю темно-оливкового кольору, без конкрементів. Товщина його стінки – 0,4 см, слизова оболонка оксамитового вигляду.

Надниркові залози листоподібної форми, кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 8,5 см x 4,5 см x 4,5 см; права – 13,0 см x x 5,1 см x 4,6 см. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів нечіткі. У воротах правої

нирки – розростання жирової тканини. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона з поодинокими втягненнями. У верхньому полюсі лівої нирки – кіста діаметром до 0,6 см. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур містить близько 200,0 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-рожева, помірно складчаста.

Селезінка розміром 10,5 см x 5,5 см x 4,2 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається незначна кількість крові темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна.

Кістки черепа звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час рогаджування ножем із її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістоподібної консистенції, біла й сіра речовини добре розмежовані. Судини основи подібно потовщені, особливо у ділянці сільвієвих артерій. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Борозни і звивини мозку згладжені.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки в мікропрепараті представлені фрагментом, розпушені (непряма ознака набряку тканини). М'які мозкові оболонки з пухкою лімфоїдною інфільтрацією. Піальні судини нерівномірно кровонаповнені. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів переважають клітини, змінені за ішемічним типом. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені

з більш вираженим венозним застоєм у венулах. Периваскулярні простори дещо розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, місцями пухко прилягає до тканини легені, яка в стані емфізематозного здуття зі стоншенням і множинними розривами міжальвеолярних перегородок, водночас краї розривів стінок альвеол гострі (позитивний симптом «шпори»). У деяких полях зору міжальвеолярні перегородки дещо потовщені внаслідок інтерстиціального набряку. Просвіти альвеол різного розміру, вільні (оптично порожні). Бронхи в досліджуваному фрагменті тканини не представлені. Судини проміжної тканини повнокровні, капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті не представлений. Міокард компактний. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. У деяких полях зору візуалізуються м'язові волокна міокарда з проявами міоцитолізу. Поперечна посмугованість м'язових волокон міокарда проглядається чітко. Ендокард тонкий, його ендотеліальна вистілка сегментарно десквамована. Інтрамуральні артерії здебільшого недокрівні, вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – балково-радіарна структура печінки збережена, однак простежується нечітко. Гепатоцити з чіткими контурами, набряклі, полігональної форми, з ніжно-зернистою просвітленою еозинофільною цитоплазмою; ядра гепатоцитів округлі, базофільні, чітко контуровані; взаємне розміщення гепатоцитів у багатьох полях зору нагадує бруківку. Синусоїди вузькі, ніби здавлені набряклими гепатоцитами. Центральні вени містять зернисті еозинофільні маси, судини порталних трактів недокрівні. Строма порталних трактів компактна.

Нирка (1 зріз) – капілярні петлі ниркових клубочків нерівномірно кровонаповнені. Просвіти капсул клубочків широкі, вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових каналців із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію каналців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти деяких ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма інтактна. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, вени повнокровні, судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла повнокровні.

Тканина шлунка (1 зріз) – фрагмент стінки шлунка з патологічними змінами, характерними для краю хронічної виразки шлунка у фазі загострення (стінка шлунка потовщена, слизова оболонка з фібриноїдним некрозом, у підслизовій основі масивне розростання фіброзної (рубцевої) тканини з безліччю новоутворених судин капілярного типу; потовщення та еластофіброз стінок артерій, «замурованих» у рубці; масивна змішаноклітинна інфільтрація стінки шлунка. На краю новоутворення – фовелярна гіперплазія з ділянками атрофії залоз.

Задача 5

Основні дані протоколу розтину № 5.

Лікувальний заклад – обласний онкологічний диспансер.

Направлений до стаціонару в плановому порядку.

Відділення – онкохірургічне № 1.

Історія хвороби № 985. Вік –62 роки, пенсіонерка.

Госпіталізована – 12.04.2020 р. о 12:00.

Померла – 24.04.2020 р. о 21:35.

Дата розтину – 25.04.2020 р. о 10:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хвора в плановому порядку госпіталізована до онкохірургічного відділення для заочеревинної ліквідації ілеостоми. В анамнезі три місяці тому виконана апаратна резекція прямої кишки з накладанням превентивної ілеостоми з приводу злоякісного новоутворення верхньо-ампулярного відділу прямої кишки. У післяопераційному періоді після ліквідації ілеостоми – болі та здуття живота, слабовиражений симптом Щоткіна – Блюмберга в усіх відділах живота. Перистальтика вислуховується слабо.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп жінки правильної статури, задовільного живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині – темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді із синюшним відтінком. Катетеризована права підключична вена. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 2,5 см. На передній черевній стінці по середній лінії черева спостерігається післяопераційна рана довжиною 20 см, накладено 18 швів, шви спроможні. У черевній порожнині виявляється 200 мл

мутної сірої рідини з нитками фібрину. Очеревина тьмяна, різко повнокровна з дрібними крововиливами і нашаруваннями фібрину. Тканина сальника помірно щільна на дотик із дрібноточковими крововиливами.

У плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявлено, плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6,0 см x 5,0 см x 2,0 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сірими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-сірого кольору. Слизова оболонка стравохода з поздовжніми складками, в кардіальному відділі ерозована. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок рожевого кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – пінява рідина і небагато слизу. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 26,0 см x 14,0 см x 9,0 см. Поверхня розрізу легенів сіро-рожевого кольору, в задньонижніх відділах – темно-червоного кольору. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів наявний слиз. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, блискуча.

Серце розміром 10,0 см x 9,0 см x 5,5 см. У порожнині перикарда близько 20 мл рідини жовтого кольору. Епікард блискучий. Під ним – помірні жирові накопичення. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,3 см, лівого – 1,8 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-

червоні згустки крові. Невелика кількість рідкої крові у порожнині правого шлуночка. На розрізі м'яз стінки лівого шлуночка коричневого кольору. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всій довжині жовтого кольору і покрита невеликою кількістю бляшок білого й жовтого кольорів розміром від 0,5 см x 0,5 см до 0,8 см x 0,8 см.

Шлунок помірно роздутий. Слизова оболонка блідо-сірого кольору з множинними ерозіями та підслизовими великовогнищевими крововиливами, складки згладжені. У порожнині шлунка – невелика кількість рідкого вмісту сіро-чорного кольору з кислим запахом. Слизова 12-палої кишки з численними підслизовими дрібноточковими крововиливами. Серозна оболонка петель тонкої і товстої кишок тьмяна з вираженою ін'єкцією судин, петлі спаяні, з множинними нашаруваннями фібрину сірого кольору. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок помірно складчаста, дещо гіперемована. Накладений анастомоз «кінець у кінець» у клубовій кишці з неспроможними швами.

Печінка розміром 26,0 см x 16,0 см x 13,0 см x 9,0 см. Поверхня її гладка. Капсула прозора, тонка. На розрізі – коричневого кольору, на дотик помірно щільна. Жовчні шляхи прохідні. Жовчний міхур відсутній.

Підшлункова залоза розміром 19,0 см x 4,0 см x 2,0 см, щільна, повнокровна, на розрізі – з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,0 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 10,5 см x 5,0 см x 4,5 см, права – 11,5 см x 5,0 см x 4,5 см. На розрізі нирки блідо-червоні, помірно щільні на дотик, малюнок збережений, межі шарів

чіткі. Капсула нирок знімається легко, поверхня їх із поодинокими втягненнями. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна. У лівій нирці у верхньому полюсі візуалізується кіста розміром 1,5 см х 1,5 см з прозорим світло-жовтим умістом та гладкими стінками.

Сечовий міхур порожній. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка розміром 8,5 см х 4,5 см х 5,0 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається значна кількість крові темно-вишневого кольору. Тканина селезінки пухка. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом із її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла й сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Легені (1 зріз) – у тканині легені ділянки дистелектазу (ділянки тканини легені в стані неповного ателектазу зі зниженою пневматизацією) чергуються з ділянками емфізематозного здуття. Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку. В ділянках емфіземи міжальвеолярні перегородки

розірвані, краї багатьох розірваних стінок альвеол мають булавоподібні потовщення. Просвіти альвеол різного розміру, здебільшого містять гомогенні еозинофільні маси. У деяких ділянках дослідження в тканині легені візуалізуються вогнища гнійного запалення: в таких ділянках просвіти альвеол заповнені щільними скупченнями нейтрофілів із домішкою макрофагів. Просвіти бронхіол містять гнійний ексудат, представлений щільними скупченнями нейтрофілів із домішкою десквамованої епітеліальної вистілки слизової оболонки бронхіол. Судини проміжної тканини повнокровні, капіляри міжальвеолярних перегородок також повнокровні. Місцями реєструється діapedез еритроцитів у товщу міжальвеолярних перегородок і в просвіти альвеол.

Печінка (1 зріз) – балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити набряклі із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Місцями, переважно в III ацинарних зонах печінки (по периметру центральних вен), візуалізуються гепатоцити, цитоплазма яких містить пілоподібний пігмент коричневого кольору. Ядра гепатоцитів округлої форми, їх контури проглядаються чітко. Місцями візуалізуються гепатоцити з великими гіперхромними ядрами, а також двоядерні форми гепатоцитів. Синусоїди повнокровні. Центральні вени та вени порталних трактів повнокровні, артерії триад нерівномірно кровонаповнені. Строма порталних трактів компактна, з помірно і нерівномірно вираженою лімфогістіоцитарною інфільтрацією.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула пухко прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки дещо зменшені в розмірах унаслідок недокрів'я і колапсу їх капілярних петель. Просвіти капсул ниркових клубочків здебільшого вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових каналців із зернистою еозинофільною цитоплазмою.

Контури ядер епітелію звивистих ниркових каналців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти багатьох ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини нирки набрякла. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени нерівномірно кровонаповнені, з переважним кровонаповненням у юкстамедулярній зоні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла недокривні.

Селезінка (1 зріз) – капсула нерівномірної товщини, щільно прилягає до тканини селезінки, місцями гіалінізована. Поділ на червону і білу пульпу в гістоструктурі селезінки простежується чітко. Біла пульпа представлена острівцевими щільними скупченнями лімфоцитів, що оточують центральні артерії. Синуси червоної пульпи повнокровні. Стінки центральних артерій потовщені, гіалінізовані, просвіти їх вузькі, крові не містять. Трабекулярні судини з помірним кровонаповненням.

Задача 6

Основні дані протоколу розтину № 6.
Лікувальний заклад – обласна лікарня.
Направлений до стаціонару в ургентному порядку.
Відділення – хірургічне № 1.
Історія хвороби № 324. Вік – 40 років, водій.
Госпіталізований – 02.08.2020 р. о 12:00.
Помер – 02.08.2020 р. о 20:12.
Дата розтину – 03.08.2020 р. о 8:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий в ургентному порядку госпіталізований до хірургічного відділення з болями в животі. З анамнезу – різко схуд упродовж кількох місяців, скаржився на болі в правому боці, запаморочення, збільшення в розмірах живота. Під час госпіталізації стан пацієнта дуже тяжкий. НЬ – 60 г/л, АТ – 80/40 мм рт. ст.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп молодого чоловіка правильної статури, різко зниженого живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині – темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 0,8 см. У черевній порожнині виражений спайковий процес і виявляється 2 000,0 мл серозно-геморагічної рідини. Очеревина повнокровна з множинними дрібними включеннями круглої форми діаметром 0,5 – 1,8 см сірого кольору. Тканина чепця представлена у вигляді щільного пласта сіро-жовтого кольору. На розрізі чепець із безліччю прожилків сірого кольору, фіброзної щільності. На брижі кишківника по серозній оболонці петель тонкої і товстої кишок

виявляються множинні (діаметром 0,5 – 1,0 см) білувато-сірого кольору щільні включення округлої форми. У правій плевральній порожнині – 1 500,0 мл, в лівій – 350,0 мл серозно-геморагічної рідини; плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6,0 см х 5,0 см х 2,0 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками, з множинними дрібновогнищевими крововиливами. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок темно-червоного кольору. У просвіті трахеї – пінява рідина і трохи слизу. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції, права легень розміром 22,0 см х 7,5 см х 7,3 см, ліва – 25,5 см х 14,5 см х 8,2 см. Поверхня розрізу правої легень темно-червоного кольору, лівої легень – сіро-рожевого кольору, в задньонижніх відділах тканина лівої легень ділянки темно-червоного кольору. З поверхні розрізу великою кількістю стікає червона піниста рідина. Під плеврою візуалізуються відкладення вугільного пігменту. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвлена кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, блискуча. Стінки бронхів у ділянці коренів легень потовщені.

Серце розміром 11,5 см х 9,5 см х 6,0 см. Епікард блискучий, під ним – незначні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки

правого шлуночка 0,4 см, лівого – 1,4 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка не потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові, незначна кількість рідкої крові в порожнині правого шлуночка. М'яз стінки лівого шлуночка в'ялий на дотик, на розрізі – коричневого кольору. У порожнині перикарда майже 50,0 мл жовтуватої рідини.

Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, просвіт їх на поперечних розрізах не звужений. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору з поодинокими атеросклеротичними бляшками жовтого кольору розміром до 0,5 см x 0,5 см.

Шлунок помірно роздутий, у просвіті шлунка незначна кількість рідкого вмісту з кислим запахом. Слизова оболонка згладжена, блідо-червоного кольору, з множинними дрібними підслизовими крововиливами; 12-пала кишка без патологічних змін, цибулина не деформована. Петлі тонкої кишки роздуті. Слизова оболонка тонкої кишки помірно складчаста, дещо гіперемована. У ділянці сліпої кишки виявляється конгломерат розміром 15,0 см x 9,5 см x 7,2 см, пухкий, утворений сліпою кишкою, червоподібним відростком, петлями клубової кишки. Новоутворення щільно обхоплює кишку і звужує її просвіт. На розрізі тканина пухлини брудно-сірого кольору з крововиливами та ділянками розпаду. Петлі кишки біля пухлини роздуті з вираженою ін'єкцією судин. Петлі кишківника спалися, серозна оболонка бліда, блискуча. Слизова оболонка петель тонкої та товстої кишок блідо-рожевого кольору. У просвіті петель кишківника – калові маси звичайного кольору.

Печінка розміром 23,5 см x 16,0 см x 10,0 см x 10,2 см. Поверхня її гладка. Капсула щільна, спаяна з поверхнею печінки, брудно-сірого кольору, субкапсулярно виявляються множинні (0,5–2,2 см) білувато-сірі

включення. На краю правої частки печінки, під плеврою, виявляється осередок розміром 2,5 см x 1,5 см сірого кольору щільної консистенції. На розрізі паренхіма печінки коричнево-жовтого кольору. Жовчні шляхи прохідні, містять рідку жовч. Жовчний міхур містить рідку темно-зелену жовч. Стінка не потовщена (0,2 см), слизова оболонка згладжена.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см x 2,5 см x 2,0 см, щільна, повнокровна, на розрізі – з великим малюнком часточок, жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,2 см x 3,3 см x 0,6 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 12,0 см x 5,5 см x 4,0 см; права – 10,5 см x 5,2 см x 4,0 см. На розрізі нирки блідо-червоні, помірно щільні, малюнок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладка. Слизова оболонка ниркових мисок тьмяна, сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур порожній. Слизова оболонка його помірно складчаста, блідо-червона.

Селезінка розміром 10,4 см x 7,5 см x 5,5 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної порожнини не збільшені, в черевній порожнині (заочеревинні) лімфовузли, збільшені до 2,0 см, сірого кольору, щільні.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножем із її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках дещо збільшена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора.

Речовина мозку тістуватої консистенції, біла й сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Новоутворення апендикулярного відростка (1 зріз) – у мікропрепараті на всій площі дослідження визначається пухлинна тканина, що проростає в усі шари стінки апендикса, з добре вираженою фіброзованою строюю. В епітеліальному компоненті і тканинній організації пухлини простежується залозисте диференціювання. У клітинах пухлини чітко виражені прояви клітинної атипії (розподіл хроматину в ядрах пухлини нерівномірний – місцями визначається гіперхромія ядер; високе ядерно-цитоплазматичне співвідношення; в деяких ділянках дослідження реєструються мітози, зокрема й патологічні). У деяких ділянках дослідження в тканині пухлини візуалізуються некроз і гнійне запалення. У структурі пухлини судини нерівномірно кровонаповнені.

У мікропрепараті тканини, зазначеної як «місце вrostання в сліпу кишку» (1 зріз), – ріст пухлини з чітко вираженими проявами клітинної атипії, з ділянками некрозу і гнійного запалення.

Легені (1 зріз) – плевра в мікропрепараті представлена фрагментами, щільно прилягає до тканини легені. Субплеврально місцями візуалізуються зерна пігменту чорного кольору. У тканині легені ділянки дистелектазу (ділянки тканини легені в стані неповного ателектазу зі зниженою пневматизацією) чергуються з ділянками емфізематозного здуття. Міжальвеолярні перегородки

набряклі внаслідок інтерстиціального набряку. В ділянках емфіземи міжальвеолярні перегородки стоншені й розірвані, краї розірваних стінок альвеол гострі (позитивний симптом «шпори») Просвіти альвеол різного розміру, велика кількість із яких містить гомогенні або ніжно-зернисті, еозинофільні маси. Бронхи в досліджуваному фрагменті тканини легені не представлені. Судини проміжної тканини та капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні. Місцями реєструється діapedез еритроцитів у товщу міжальвеолярних перегородок і просвіти альвеол. У деяких ділянках дослідження визначаються периваскулярні відкладення зерен пігменту чорного кольору. Місцями візуалізуються дрібновогнищеві периваскулярні лімфоїдні інфільтрати.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті не представлений. Міокард компактний. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. Місцями візуалізуються м'язові волокна міокарда з проявами міоцитолізу. У деяких полях зору м'язові волокна міокарда фрагментовані. Візуалізується периваскулярне розростання фіброзної тканини з формуванням своєрідних периваскулярних сполучнотканинних муфт. Інтрамуральні артерії здебільшого некривні, артеріоли спазмовані, вени й судини мікроциркуляторного русла повнокровні.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки збережена, однак простежується нечітко. Гепатоцити набряклі із зернистою еозинофільною цитоплазмою; у складі цитоплазми багатьох груп гепатоцитів визначаються жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тіл. Ядра гепатоцитів округлі з чіткими контурами. Синусоїди нерівномірно кровонаповнені. Центральні вени повнокровні, вени

портальних трактів також повнокровні, артерії триад із помірним кровонаповненням. Строма портальних трактів фіброзована. У численних полях зору субкапсулярно візуалізуються розростання атипових клітин із гіперхроматозом ядер, високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, патологічними мітозами.

Очеревина (1 зріз) – фіброзна тканина з ростом комплексів пухлинних клітин, з ознаками клітинної атипії (клітини пухлини з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, ядра клітин гіперхромні). Зазначені клітинні комплекси формують залозистоподібні структури.

Заочеревинний лімфатичний вузол (1 зріз) – малюнок лімфатичного вузла тотально порушений. На всій довжині мікропрепарату візуалізуються комплекси пухлинних клітин з ознаками клітинної атипії (клітини пухлини з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, ядра клітин гіперхромні). Зазначені клітинні комплекси формують залозистоподібні структури.

Чепець (1 зріз) – у мікропрепараті фрагмент жирової тканини з тонкими прошарками сполучної тканини. Одна з поверхонь жирової тканини покрита тонким сполучнотканинним покривом (серозний покрив). У тканині, переважно периваскулярно, візуалізується ріст пухлинних клітин із формуванням залозистоподібних структур, з ознаками клітинної атипії (клітини пухлини з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, гіперхроматозом ядер).

Задача 7

Основні дані протоколу розтину № 7.
Лікувальний заклад – обласна лікарня.
Направлений до стаціонару в ургентному порядку.
Відділення – хірургічне № 2.
Історія хвороби № 875 Вік – 45 років, столяр.
Госпіталізований – 12.09.2020 р. о 02:05.
Помер – 12.09.2020 р. о 05:12.
Дата розтину – 12.09.2020 р. о 13:20.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий в ургентному порядку направлений до хірургічного відділення № 2 з болями в животі, загальною слабкістю. З анамнезу – чотири роки тому діагностована правобічна нефректомія у зв'язку із сечокам'яною хворобою. Упродовж останніх двох років за медичною допомогою не звертався. Під час госпіталізації стан пацієнта дуже тяжкий. Нб – 70 г/л, АТ – 60/30 мм тр. ст. Хворий ургентно прооперований (черезшкірна пункційна нефростомія зліва). Незважаючи на проведене оперативне та медикаментозне лікування, настало припинення серцевої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали. Констатовано біологічну смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Тіло чоловіка нормостенічної статури. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині наявні темно-багряні плями. Трахея інтубована. У правій підключичній вені встановлений катетер. На лівій руці в ділянці кисті – вазофікс. У правій поперековій ділянці виявлено старий післяопераційний рубець (нефректомія 2016 р.) та грижове випинання, виповнене петлями кишківника. У лівій поперековій ділянці

візуалізується дренаж після черезшкірної пункційної нефростомії. Катетеризований сечовий міхур.

Стравохід на всій довжині прохідний. На слизовій оболонці стравоходу – поздовжня складчастість, фібринозний наліт сіро-синюшного кольору.

У просвіті трахеї та великих бронхів наявна невелика кількість блідо-рожевої рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів сіро-синюшного кольору. Стінки бронхів у ділянці коренів легенів потовщені.

Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок темно-червоного кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – пінява рідина і небагато слизу. Легені на дотик м'якої консистенції, розміром 25,0 см x 14,5 см x 8,0 см. Поверхня розрізу легенів блідо-рожевого кольору, в задньонижніх відділах – темно-червоного кольору. З поверхні розрізу великою кількістю стікає рожева піниста рідина. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість пінистої рожевої рідини. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору. Стінки бронхів у ділянці кореня легенів потовщені. Плевральні порожнини вільні від рідини та зрощень.

Серце розміром 14,0 см x 11,0 см x 8,0 см. Епікард блискучий, під ним – помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 3,0 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові в порожнині правого шлуночка. М'яз стінки лівого шлуночка в'ялий на дотик, на розрізі пронизаний дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. У порожнині перикарда близько 20,0 мл рідини жовтого кольору.

На інтимі аорти на всій довжині наявні незначні атеросклеротичні зміни у вигляді плям та смуг і фіброзних бляшок.

Очеревина гладенька, блискуча, рожево-сіра.

У порожнині шлунка виявлено рідкий вміст із кислим запахом. Складки слизової оболонки не виражені. Наявні дрібні ерозії та кточкові крововиливи.

Дванадцятипала кишка: цибулина не деформована, слизова оболонка блідо-рожевого кольору. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору, помірно складчаста. У просвіті петель кишечника каловий вміст звичайної консистенції.

Печінка розміром 32,0 см x 19,0 см x 10,0 см x 7,5 см. Капсула тонка, прозора. Поверхня печінки гладенька, блискуча. Виражене венозне повнокров'я. На розрізі паренхіма печінки коричневого кольору, на дотик помірно щільна.

Жовчний міхур розміром 7,0 см x 4,0 см x 4,0 см, без конкрементів. Його слизова оболонка має оксамитовий вигляд. Жовчні шляхи прохідні.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см x 2,5 см x 2,5 см, стоншена, сіро-рожевого кольору, з великим малюнком часточок.

Надниркові залози листоподібної форми. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені.

Паранефральна клітковина виражена. Права нирка видалена. В її ділянці наявні спайки. Місце правої нирки виповнене петлями кишківника. Ліва паранефральна клітковина щільно спаяна з фіброзною капсулою нирки, під час її розрізу виділяється велика кількість тягучої жовтої рідини з неприємним запахом. Наявна нефростома. Ліва нирка розміром 16,2 см x 11,0 см x 5,5 см. Капсула знімається важко, поверхня горбиста з дрібними точковими крововиливами. Кіркова речовина стоншена,

місцями до 2 мм, строката. Під час виконання розрізу з порожнини виділяється велика кількість тягучої рідини жовтого кольору. У порожнині лівої ниркової миски наявний коралоподібний камінь.

Селезінка розміром 12,0 см x 8,0 см x 5,0 см. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-вишневого кольору, даючи помірний зскрібок.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом із її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла й сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Легені (1 зріз) – плевра в мікропрепараті не представлена. Тканина легені повітряна. Міжальвеолярні перегородки тонкі, покручені, в багатьох полях зору – стоншені й розірвані, краї розривів стінок альвеол гострі (позитивний «симптом шпори»). Просвіти альвеол різного розміру, містять десквамовані альвеолоцити. Місцями просвіти альвеол містять макрофаги, цитоплазма яких вміщує пігмент бурого кольору (гемосидерин). У просвітах деяких альвеол візуалізуються зернисті еозинофільні маси. У просвітах багатьох альвеол визначаються пристінково розміщені, гомогенні, оптично щільні, еозинофільні маси (гіалінові мембрани). Судини проміжної тканини

нерівномірно кровонаповнені, здебільшого недокривні; капіляри міжальвеолярних перегородок нерівномірно кровонаповнені.

Серце (1 зріз) – епікард потовщений, фіброзований, прилягає безпосередньо до міокарда. Міокард компактний, місцями дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів визначаються чітко. М'язові волокна міокарда місцями хвилеподібно деформовані. У деяких полях зору візуалізуються м'язові волокна міокарда з «обтаюванням» контурів (прояви міоцитолізу). У стромі міокарда місцями візуалізуються лімфомакрофагальні інфільтрати. Візуалізується периваскулярне розростання фіброзної тканини з формуванням своєрідних периваскулярних сполучнотканинних муфт. У деяких полях зору в стромі міокарда візуалізуються діapedезні периваскулярні крововиливи. Інтрамуральні артерії недокривні, вени нерівномірно кровонаповнені, судини мікроциркуляторного русла з еритростазами.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити набряклі, із зернистою еозинофільною цитоплазмою; ядра гепатоцитів округлі, чітко контуровані. Синусоїди повнокровні, з лейкостазами. Центральні вени та вени порталних трактів повнокровні, артерії тріад нерівномірно кровонаповнені. У стромі порталних трактів і міжчасточкових септ визначається густа лімфомакрофагальна інфільтрація, що поширюється за межі пограничної пластинки.

Нирки (1 зріз) – фіброзна капсула щільно прилягає до тканини нирки, з дифузною змішаноклітинною запальною інфільтрацією, накладанням фібрину на поверхні. У стромі нирки – масивна запальна інфільтрація (у складі

запального інфільтрату візуалізуються лімфоцити, гістіоцити і нейтрофіли), місцями з атрофією ниркової паренхіми, з формуванням множинних різновеликих абсцесів у паренхімі, водночас простежується початок формування капсул абсцесів (у вигляді розростань навколо ділянок нагноєння грануляційної тканини). Строма мозкової речовини нирки різко набрякла. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени нерівномірно кровонаповнені; судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, візуалізуються множинні крововиливи у паренхімі.

Паранефральна жирова клітковина (1 зріз) – у мікропрепараті фрагмент жирової тканини з тонкими прошарками сполучної тканини, з дифузною, масивною лейкоцитарно-макрофагальною інфільтрацією. У товщі жирової тканини місцями візуалізуються вогнищево-зливні крововиливи з проявами реактивної ексудативної запальноклітинної реакції (в товщі крововиливів візуалізуються лейкоцити, макрофаги). Візуалізовані в товщі досліджуваної тканини судини нерівномірно кровонаповнені.

Селезінка (1 зріз) – капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини селезінки. У тканині селезінки візуалізуються різного розміру фокуси гнійно-некротичного запалення (абсцеси), що зливаються між собою: центри абсцесів представлені гнійно-некротичним детритом, капсула абсцесів нечітко виражена. Поза зон абсцедування поділ на червону і білу пульпу в гістоструктурі селезінки простежуються чітко. Біла пульпа представлена нечисленними дрібними щільними скупченнями клітин лімфоїдного ряду, що ексцентрично оточують навколишні центральні артерії. Синуси червоної

пульпи повнокровні. Стінки центральних артерій потовщені, фіброзовані; просвіти їх вузькі. Трабекулярні судини нерівномірно кровонаповнені.

Задача 8

Основні дані протоколу розтину № 8.
Лікувальний заклад – обласна лікарня.
Направлений до стаціонару в ургентному порядку.
Відділення – хірургічне № 1.
Історія хвороби № 2578. Вік – 75 років, пенсіонер.
Госпіталізований – 25.09.2020 р. о 14:40.
Помер – 29.09.2020 р. о 08:22.
Дата розтину – 30.09.2020 р. о 9:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий в ургентному порядку направлений до хірургічного відділення № 1 із болями в правому підребер'ї, загальною слабкістю, відчуттям тиску та розпирання в правому підребер'ї, що підсилюється під час глибокого вдиху при пальпації краю печінки, підвищенням температури тіла до 38 °С, набряками нижніх кінцівок, посиленням серцебиття, задишкою в спокої. Упродовж 20 років під час УЗД-дослідження візуалізувалася кіста печінки, що клінічно себе не виявляла. Три роки тому переніс великовогнищевий субепікардіальний інфаркт міокарда. Перебував на диспансерному обліку в кардіолога за місцем проживання. Під час УЗД органів черевної порожнини виявлений рідинний утвір із нечіткими контурами з вираженою капсулою, підвищеної ехогенності, діаметром 6,0 см x 5,0 см. У клінічному аналізі крові $Le - 18 \times 10^9 / л$, ШОЕ – 25 мм/год. Хворому проведено розтин та дренивання абсцедивної кісти печінки. Після операції стан пацієнта задовільний. Раптово вранці на 4-ту добу після операції під час піднімання з ліжка втратив свідомість, відсутня пульсація на магістральних судинах. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп чоловіка правильної статури, достатнього живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині наявні темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшного кольору. На передній черевній стінці розміщується післяопераційна рана довжиною 15 см, накладено 12 спроможних швів. Черевна порожнина та праве підребер'я дреновані рукавично-трубчатими дренажами. Товщина підшкірно-жирової клітковини в області передньої черевної стінки 3,0 см. Очеревина гладка, блискуча, рожево-сіра. У черевній порожнині патологічних скупчень не спостерігається; очеревина гладка, блискуча. У плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявляється, плевра гладка, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 5,0 см x 4,5 см x 2,2 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,4 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтим нальотом. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору.

Слизова оболонка стравоходу блідо-сірого кольору з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок темно-червоного кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – пінява рідина. Легені сіро-рожевого кольору, на дотик тістуватої консистенції, розміром 26,0 см x 15,0 см x 10,0 см. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона пінява рідина. У середній частці правої легені

візуалізуються вогнища неправильної форми світло-сірого кольору до 1,5 см, розміщені перибронхіально. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, тьмяна. Стінки бронхів у ділянці кореня легенів потовщені, на розрізі виступають у вигляді «гусячого пір'я».

Серце розміром 14,2 см x 12,0 см x 5,3 см. Епікард блискучий, під ним – помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 3,0 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові у порожнині правого шлуночка. М'яз стінки лівого шлуночка щільний, на розрізі тотально пронизаний дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду, що місцями зливаються у фіброзні поля, яскраво виражені в ділянці передньої стінки лівого шлуночка. У порожнині перикарда близько 50 мл рідини жовтого кольору. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно заплілі. Внутрішня оболонка судин потовщена за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних мас, просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 50 – 70 %. Інтима аорти на всій довжині жовтого кольору з численними атеросклеротичними бляшками. У центрі деякі бляшки вкриті виразками, виповненими кашкоподібним умістом, навколо яких є відкладення вапняних солей.

Шлунок помірно роздутий, складки слизової оболонки помірно рівномірно згладжені. Слизова оболонка блідо-сірого кольору. У порожнині шлунка – рідкий вміст із кислим запахом. Слизова оболонка 12-палої кишки блідо-червоного кольору, виражена складчастість. Петлі

кишківника дещо роздуті. Серозна оболонка чиста, блискуча, повнокровна. Слизова оболонка тонкої й товстої кишок помірно складчаста, блідо-рожева; у порожнині – вміст, що відповідає анатомічним відділам.

Печінка розміром 29,0 см x 20,0 см x 14,0 см x 9,0 см. У S8-сегменті печінки виявляється дефект неправильної форми розміром 6 см x 5см, краї нерівні з некрозами, сіро-зеленого кольору. На розрізі в місці дефекту виявляється порожнина витягнутої форми, стінки її сірого кольору з нашаруваннями в'язкої сіро-зеленої рідини. На розрізі тканина печінки коричнево-жовтого кольору, паренхіма на дотик дещо в'яла. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі – тягуча темно-зелена жовч. Його стінка потовщена, слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза масою розміром 21,0 см x 3,5 см x 2,5 см. повнокровна, на розрізі – з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору, помірно-щільна на дотик.

Надпирнкові залози листоподібної форми розміром 5,0 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 12,0 см x 5,5 см x 4,0 см, права – 11,5 см x 5,5 см x 4,5 см. На розрізі нирки темно-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів чіткі. Капсула нирок знімається легко, поверхня їх темно-червона, дрібнозерниста. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-сіра, помірно складчаста.

Селезінка розміром 12,2 см x 7,4 см x 5,0 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені. У грудній

порожнині під біфуркацією трахеї і біля воріт легень вони аспідно пігментовані.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом із її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи головного мозку ущільнені. У шлуночках дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла й сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки потовщені, їх гістоструктура розпушена (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини недокривні. Пошарова організація цитоархітектоніки кори збережена. Серед нейронів кори головного мозку візуалізуються клітини в стані гострого набухання, трапляються клітини в стані тяжких змін. Перичелюлярні простори дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, більшість із яких містять гомогенні еозинофільні маси. Периваскулярні простори розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна, щільно прилягає до тканини легені. Тканина легені малоповітряна внаслідок заповнення переважної більшості альвеол зернистими еозинофільними масами. Міжальвеолярні перегородки тонкі, в багатьох полях зору міжальвеолярні перегородки розірвані. Бронхи в досліджуваному фрагменті тканини не представлені. У деяких полях зору документуються периваскулярні фіброзні зміни тканини

легені з відкладеннями в товщі фіброзної тканини грудочок пігменту чорного кольору. Судини проміжної тканини та капіляри в стоншених міжальвеолярних перегородках нерівномірно кровонаповнені.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті представлений дрібними фрагментами, тонкий; під ним візуалізується помірна кількість субепікардіальної жирової тканини, що поширюється по стромальних щілинах у товщу міокарда. Міокард розпушений унаслідок розширення стромальних щілин (непряма ознака набряку тканини). Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою, саркоплазма кардіоміоцитів нерівномірно сприймає барвник. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко, перинуклеарно визначається пилоподібний пігмент золотистого кольору. У багатьох полях зору візуалізуються м'язові волокна міокарда з «обтаюванням» контурів (прояви міоцитолізу). Місцями визначаються непрямі ознаки контрактурних змін м'язових волокон міокарда (під час дослідження в затемненому полі зору документуються поперечні гіпереозинофільні смуги перескорочення м'язових волокон). У деяких полях зору м'язові волокна міокарда хвилеподібно деформовані. Поперечна смугастість м'язових волокон міокарда проглядається не завжди чітко. Інтрамуральні артерії недокрівні, вени нерівномірно кровонаповнені. У субепікардіальному відділі судини мікроциркуляторного русла повнокровні, з лейкостазами, місцями – з проявами лейкодіapedезу; визначаються діapedезні периваскулярні крововиливи.

Печінка (1 зріз) – у тканині печінки візуалізується фрагмент абсцесу з характерною для нього гістоструктурою (в центрі абсцесу – некротизована тканина з домішками нейтрофілів і макрофагів, у структурі стінки абсцесу визначаються піогенна мембрана та

перифокальне розростання молоді сполучної тканини). За межами абсцесу балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити дещо набряклі, із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди повнокровні з найбільш вираженим кровонаповненням у центрах печінкових часточок, де простежується їх дилатація. Перисинусоїдальні простори розширені. Центральні вени нерівномірно кровонаповнені, судини портальних трактів недокрівні. Строма портальних трактів фіброзована.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула в мікропрепараті представлена фрагментом, тонка, компактна, щільно прилягає до тканини нирки. Переважна більшість клубочків склерозована, значна кількість із яких із гіалінозом. У стромі нирки – фіброзні зміни з атрофією паренхіми. Місцями в стромі нирки візуалізуються нерівномірної щільності лімфогістіоцитарні інфільтрати. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени нерівномірно кровонаповнені; судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені.

Задача 9

Основні дані протоколу розтину № 9.

Лікувальний заклад – обласний клінічний онкологічний диспансер.

Направлений до стаціонару в плановому порядку.

Відділення – онкохірургічне № 2.

Історія хвороби № 3547. Вік – 56 років, водій.

Госпіталізований – 12.10.2020 р. о 10:40.

Помер – 29.10.2020 р. о 00:⁴².

Дата розтину – 30.10.2020 р. о 10:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий у плановому порядку направлений до онкохірургічного відділення № 2 з діагнозом «злоякісне новоутворення сечового міхура T₂N₀M₀» 15.10.2020 року пацієнтові була виконана екстирпація сечового міхура з виведенням сечоводів у сигмоподібну кишку. Патогістологічний висновок післяопераційного матеріалу № 20588-602/20 від 19.10.20 р. – папілярна уротеліальна пухлина сечового міхура високого ступеня злоякісності з інвазією пухлини в м'язовий шар (pT₃). Стан пацієнта після операції задовільний. Раптово уночі в коридорі втратив свідомість, відсутня пульсація на магістральних судинах. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп чоловіка правильної статури, задовільного живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене достатньо. На спині наявні темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшного кольору. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 2,5 см. На

передній черевній стінці по середній лінії черева наявна післяопераційна рана довжиною 12 см, накладено 10 спроможних швів. Порожнина малого таза дренована трубчастим дренажем. Очеревина тьмяна, повнокровна з дрібними крововиливами. Тканина сальника помірно щільна на дотик із вогнищевими дрібноточковими крововиливами. У плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявлено; плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 5,5 см х 4,0 см х 2,0 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок сіро-рожевого кольору. У просвіті трахеї небагато слизу. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 26,0 см х 15,0 см х 8,0 см. Поверхня їх розрізу темно-червоного кольору, повітряна. У просвіті великих бронхів – слиз. Слизова оболонка бронхів сіро-рожевого кольору, тьмяна. Стінки бронхів у ділянці корінів легень дещо потовщені. Легеневий стовбур містить тромб темно-червоного кольору довжиною 17 см, еластичний.

Серце розміром 12,0 см х 8,0 см х 6,0 см. У порожнині перикарда близько 30 мл рідини жовтого кольору. Епікард блискучий, під ним – значні жирові накопичення. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,3 см, лівого – 1,8 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка дещо потовщені, на розрізі – темно-

червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові у порожнині правого шлуночка. На розрізі м'яз стінки лівого шлуночка коричневого кольору, пронизаний дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно звапнілі. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 50 % за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних бляшок. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всій довжині жовтого кольору, покрита великою кількістю бляшок білого й жовтого кольорів розміром від 0,5 см x 0,5 см до 1,0 см x 1,5 см. У центрі окремі бляшки з виразкуванням, виповнені кашкоподібним умістом, навколо яких є відкладення вапняних солей.

Шлунок значно роздутий. Слизова оболонка блідо-сірого кольору з численними підслизовими дрібноточковими крововиливами, складки згладжені. У порожнині шлунка велика кількість рідкого вмісту сіро-жовтого кольору з кислим запахом. Слизова 12-палої кишки з нечисленними підслизовими дрібнокрапковими крововиливами. Слизова оболонка тонкої й товстої кишок помірно складчаста, дещо гіперемована. Шви на стінці сигмоподібної кишки та в місцях виведення сечоводів щільні.

Печінка розміром 29,0 см x 21,0 см x 14,0 см x 9,5 см. Поверхня її гладка. Капсула прозора тонка. На розрізі коричневого кольору, на дотик помірно щільна. Жовчні шляхи прохідні. У жовчному міхурі спостерігаються тягуча темно-зелена жовч та конкремент 1,0 см x 0,7 см. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см x 4,5 см x 2,5 см, щільна, повнокровна, на розрізі – з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,0 см х 3,0 см х 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 13,0 см х 7,0 см х 5,0 см, права – 13,5 см х 5,5 см х 4,5 см. На розрізі нирки блідо-червоні із субкапсулярними дрібними крововиливами, помірно щільні на дотик, малюнок збережений, межі шарів нечіткі. Капсула нирок знімається легко, поверхня їх гладка. У верхньому полюсі правої нирки візуалізується кіста розміром 4,5 см х 3,0 см х 3,0 см з мутним сірим умістом. У паренхімі обох нирок – дрібні кісти діаметром 0,5–1,0 см з прозорим світло-жовтим умістом. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна з крововиливами, в порожнині сечоводів установлені катетери.

Сечовий міхур видалений під час оперативного втручання.

Селезінка розміром 9,0 см х 5,0 см х 4,0 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені. У грудній порожнині під біфуркацією трахеї і біля воріт легенів аспідно пігментовані лімфовузли.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка не напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножем із її поверхні стікає незначна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках – дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла й сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на

розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки тонкі. Піальні судини з помірним кровонаповненням. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів кори головного мозку переважають клітини, змінені за ішемічним типом (нервові клітини мають трикутну форму, їх цитоплазма гомогенна, бліда, місцями склоподібна, їх ядра також неправильної незграбної форми, нерідко витягнуті в довжину, гіперхромні, ядерця невиразні), трапляються клітини в стані тяжких змін (клітинні тіла набрякли, контури клітин неправильні, нечіткі, іноді клітинна оболонка не розрізнена; цитоплазма зерниста; ядра деформовані, гіпохромні, нерівномірно пофарбовані, а іноді й зовсім не визначаються). Перицелюлярні простори дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, з більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори розширені.

Легені (1 зріз) – плевра значно потовщена, фіброзована. У товщі плеври визначаються нерівномірної щільності лімфогістіоцитарна інфільтрація й відкладення зерен пігменту чорного кольору. Субплеврально визначаються ділянки фіброзних змін тканини легені з нерівномірною щільністю лімфогістіоцитарного інфільтрату та відкладеннями в цих ділянках зерен пігменту чорного і бурого кольорів. Поряд з описаними змінами тканина легенів у стані дистелектазу (в стані неповного ателектазу зі зниженою пневматизацією). Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку, в деяких полях зору

міжальвеолярні перегородки розірвані. Просвіти альвеол вузькі, деякі з них містять десквамовані альвеолоцити, в просвітах інших альвеол візуалізуються макрофаги, цитоплазма яких містить пігмент бурого кольору (гемосидерин). Бронхи в досліджуваному фрагменті тканини не представлені. Судини проміжної тканини повнокровні, капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті не представлений. Міокард компактний. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко, перинуклеарно визначається пілоподібний пігмент золотистого кольору. М'язові волокна міокарда в мікропрепараті представлені переважно у своїх поперечних і тангенціальних зрізах, дещо збільшені в поперечному розмірі. У стромі міокарда визначаються периваскулярні ніжно-волокнисті розростання сполучної тканини. Інтрамуральні артерії нерівномірно кровонаповнені, здебільшого недокривні; вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини печінки. Балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити дещо набряклі із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. У цитоплазмі деяких гепатоцитів визначаються великі жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тел. Синусоїди нерівномірно кровонаповнені, здебільшого недокривні. Клітини Купфера гіпертрофовані. Судини портальних трактів недокривні. Строма портальних трактів компактна; з нерівномірною щільністю лімфогістіоцитарного інфільтрату.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки

різного розміру, їх капілярні петлі з помірно і нерівномірно вираженим кровонаповненням. Просвіти капсул ниркових клубочків вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових каналців дещо набряклий із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Контури ядер епітелію звивистих ниркових каналців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти деяких ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма нирки інтактна. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени з помірним кровонаповненням; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла повнокровні.

Стінка сигмоподібної кишки в ділянці виведення сечоводів (1 зріз) – слизова оболонка на значній довжині препарату нерівномірної товщини з вогнищевою лімфомакрофагальною запальною інфільтрацією. Підслизовий шар розпушений унаслідок вираженого набряку, венозні судини повнокровні, артерії кровонаповнені нерівномірно. М'язовий шар зі збереженою гістоструктурою, між пучками м'язових волокон широкі оптично порожні щілини. Виражене повнокров'я судин м'язового шару.

Тромбоембол легеневої артерії (1 зріз) – у препараті тромботичні маси, представлені щільно розміщеними еритроцитами різного ступеня гемолізу і впорядкованим розміщенням тонких ниток фібрину. Вогнищево проглядаються скупчення клітин білої крові.

Задача 10

Основні дані протоколу розтину № 10.

Лікувальний заклад – обласна лікарня.

Направлена до стаціонару в ургентному порядку.

Відділення – хірургічне № .

Історія хвороби № 3577. Вік – 61 рік, пенсіонерка.

Госпіталізована – 19.10.2020 р. о 10:40.

Померла – 22.10.2020 р. о 00:42.

Дата розтину – 22.10.2020 р. об 11:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хвора в ургентному порядку госпіталізована в хірургічне відділення № 1 з болями у животі, поганим самопочуттям, загальною слабкістю, спрагою. Біль виник раптово два дні тому при піднятті важкого, інтенсивний, який не знімався анальгетиками. Шість місяців тому лікувалася в гастроентерологічному відділенні з приводу виразкової хвороби вихідного відділу шлунка, скаржилася на дискомфорт в епігастрії, загальну слабкість, зниження працездатності, відрижку кислим. Останній місяць самостійно лікувалася вдома. У приймальному відділенні під час огляду раптово настало припинення серцевої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп жінки правильної статури, достатнього живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині наявні темно-багрянні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки синюшного кольору. Визначаються набряки нижніх кінцівок. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 2,5 см. У черевній порожнині виявлено до 500 мл рідини жовтуватого кольору з нитками фібрину. Очеревина тьмяна,

повнокровна з дрібними крововиливами і ніжними нашаруваннями фібрину. Тканина чепця щільна на дотик із дрібноточковими крововиливами.

У правій та лівій плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявлено; плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, що нагадує м'ясо, розмір кожної частки 6,0 см х 5,3 см х 2,0 см, маса – 30 г. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см, маса – 0,6 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Мигдалики не збільшені, на розрізі синюшні, пронизані невеличкими рубчиками. Слизова оболонка глотки блідо-рожевого кольору.

Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок блідо-рожевого кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – піниста рідина і небагато слизу.

Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 27,0 см х 16,0 см х 8,2 см. Права легеня масою 460 г, ліва легеня – 400 г. Поверхня розрізу легенів сіро-рожевого кольору, помірно ущільнена в ділянці кореня. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, тьмяна. Стінки бронхів у ділянці кореня легенів потовщені, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я».

Серце розміром 12,5 см х 9,5 см х 6 см, маса – 320 г. Епікард блискучий, під ним – помірне відкладення жиру.

Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 2,0 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. Стінка лівого шлуночка щільна на дотик, глинистого вигляду, на розрізі пронизана дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. У порожнині лівого шлуночка – темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові у порожнині правого шлуночка. У порожнині перикарда близько 20 мл жовтуватої рідини.

Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно звужені. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 50 – 70 %, за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних бляшок. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всій довжині жовтого кольору, покрита великою кількістю бляшок (у черевному відділі) білого й жовтого кольору розміром від 0,5 см х 0,5 см до 1,5 см х 2,0 см. У центрі деякі бляшки вкриті виразками, виповнені кашкоподібним умістом, навколо яких є відкладення вапняних солей. У інтимі брижових, клубових і стегнових артерій також є нечисленні невеликі біло-жовті бляшки.

Шлунок помірно роздутий, у просвіті шлунка – рідкий вміст чорного кольору з кислим запахом помірною кількістю. Слизова оболонка згладжена, блідо-червоного кольору з дрібноточковими підслизовими крововиливами. У пілоричному відділі шлунка, по передній стінці виявляється виразковий дефект неправильної форми розміром 5,0 см х 3,0 см із підритими краями брудно-сірого кольору з перфоративним отвором округлої форми діаметром 0,5 см. Перфоративний отвір прикритий очеревиною, на краях отвору (з боку серозної оболонки шлунка) – нашарування фібрину. Дванадцятипала кишка: слизова оболонка блідо-червоного кольору, складчастість виражена помірно. Петлі кишківника дещо роздуті,

серозна оболонка гіперемована з нашаруваннями фібрину. У просвіті петель кишківника – калові маси. Слизова оболонка петель тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору.

Печінка розміром 29,3 см x 17,2 см x 11,0 см x 8,0 см, маса – 1 800 г. Поверхня її гладка. Капсула з нашаруваннями фібрину. На розрізі тканина печінки коричнево-жовтого кольору, на дотик помірно щільна. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі – тягуча темно-зелена жовч. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза масою 110 г, розміром 20,0 см x 4,5 см x 2,5 см, щільна, повнокровна, на розрізі – з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми масою 12 г, розміром 5,1 см x 3,2 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 11,0 см x 6,0 см x 3,5 см, маса – 140 г; права – 10,0 см x 5,0 см x 3,5 см, маса – 135 г. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів нечіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладка. Слизова оболонка ниркових мисок сіро-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур містить близько 80 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-рожева.

Селезінка розміром 12,5 см x 6,0 см x 3,5 см. Маса – 180 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної порожнини не збільшені. Під біфуркацією трахеї і біля воріт легенів вони пігментовані. У черевній порожнині візуалізуються збільшені перигастральні лімфатичні вузли щільної консистенції діаметром 0,7–1,0 см.

Кістки черепа цілі. Тверда мозкова оболонка не напружена. Повнокров'я судин не посилене. М'які мозкові оболонки прозорі, набряклі, помірно повнокровні. Синуси твердої мозкової оболонки вільні. Кількість рідини при виділенні головного мозку не збільшена. Межа між сірою й білою речовинами чітка. Підкіркові вузли чіткі. Речовина головного мозку помірно щільна, повнокровна. Бічні шлуночки не розширені, містять невелику кількість серозної рідини. Артерії основи головного мозку нерівномірно потовщені, особливо у ділянці сильвієвих артерій. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки тонкі, щільно прилягають до тканини головного мозку. Піальні судини недокрівні. Пошарова організація цитоархітектоніки кори збережена. Серед нейронів кори головного мозку визначаються клітини, змінені за ішемічним типом, трапляються клітини в стані тяжких змін. Перичелюлярні простори дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла здебільшого недокрівні, в просвітах деяких венул – дисоціація крові на рідку частину і формені елементи. Периваскулярні простори дещо розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна, щільно прилягає до тканини легені. Субплеврально візуалізуються відкладення зерен пігменту чорного кольору. Тканина легені в стані дистелектазу, з ділянками емфізематозного здуття. Міжальвеолярні перегородки потовщені внаслідок інтерстиціального набряку. Просвіти альвеол різновеликі, місцями містять гомогенні еозинофільні маси. Епітеліальна вистілка

слизової оболонки бронхіол десквамована. Судини проміжної тканини недокрівні, капіляри міжальвеолярних перегородок нерівномірно кровонаповнені. Місцями візуалізуються периваскулярні відкладення зерен пігменту чорного кольору.

Серце (1 зріз) – епікард дещо потовщений, фіброзований; під ним візуалізується помірна кількість субепікардіальної жирової тканини. У її товщі візуалізується фрагмент вінцевої артерії, стінка артерії нерівномірно потовщена зі скупченням ксантомних клітин під ендотеліальною вистілкою і з перифокальним (щодо скупчення ксантомних клітин) склерозом; у стінці артерії – нерівномірної щільності запальна інфільтрація, в клітинному складі якої візуалізуються лімфоцити та макрофаги. Міокард компактний, у його товщі візуалізується велика ділянка розростання грубо-волоконистої (фіброзної) тканини, в якій «замуровані» пучки м'язових волокон міокарда. У структурі рубця візуалізуються судини колатерального типу з вільними (оптично порожніми) прорізами. Тяжі фіброзної тканини в стромі міокарда візуалізуються і за межами рубця. М'язові волокна міокарда дещо збільшені в поперечному розмірі, фрагментовані внаслідок дисоціації кардіоміоцитів. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури їх ядер проглядаються чітко. Інтрамуральні артерії недокрівні; вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити дещо набряклі, із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди повнокровні, перисинусоїдальні простори дещо розширені. Центральні вени та вени портальних

трактів повнокровні, артерії триад недокрівні. Строма порталних трактів компактна.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула в мікропрепараті не представлена. Ниркові клубочки різного розміру, мають густоклітинний вигляд унаслідок проліферації мезангіальних та ендотеліальних клітин. Місцями візуалізуються склерозовані клубочки, їх капілярні петлі нерівномірно кровонаповнені. Навколо склерозованих клубочків у стромі візуалізуються лімфогістіоцитарні інфільтрати. Епітелій звивистих ниркових каналців набряклий із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію каналців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини набрякла. Просвіти прямих ниркових каналців містять десквамовані епітеліальні клітини. Стінки внутрішньониркових артерій потовщені, фіброзовані, стінки деяких артерій розшаровані, просвіти їх широкі, недокрівні; внутрішньониркові вени повнокровні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла повнокровні.

Утворення шлунка (1 зріз) – у мікропрепараті фрагмент стінки шлунка, в структурі якого визначаються слизова оболонка, підслизова основа і фрагмент м'язової оболонки (її внутрішній шар) стінки шлунка. У поверхневому відділі слизової оболонки тканина некротизована (має зернисту структуру, еозинофільна, гіпохромна), просякнута фибрином. У одній із ділянок дослідження цілісність слизової оболонки переривається з формуванням дефекту тканини, що має нерівні обриси і поширюється до м'язової оболонки стінки шлунка. У ділянці дефекту тканина некротизована; в глибині дефекту візуалізується дрібна артерія, в просвіті якої – фібриновий тромб. На поверхні дефекту – фібрин і

зернисті маси з бурим фарбуванням; на периферії дефекту визначається нерівномірної щільності запальна (переважно нейтрофільна, з домішками нечисленних макрофагів) інфільтрація. На дні дефекту візуалізується грануляційна та грубоволокниста сполучна тканина. Інтрамуральні судини недокрівні, артеріоли спазмовані, в просвітах судин мікроциркуляторного русла (в товщі підслизової основи) – лейкостази. На краю дефекту візуалізуються комплекси пухлинних клітин з яскраво вираженими ознаками клітинної атипії (клітини різного розміру, формують залозисті структури, з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, із великими поліморфними гіперхромними ядрами, інфільтруючим ростом).

Перигастральний лімфатичний вузол (1 зріз) – структура лімфатичного вузла тотально порушена за рахунок росту пухлинних клітин, які формують залозисті структури з чітко вираженими ознаками клітинної атипії (клітини різного розміру, з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, із великими поліморфними гіперхромними ядрами).

Задача 11

Основні дані протоколу розтину № 11.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлена до стаціонару в ургентному порядку.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 3707. Вік – 79 років, пенсіонерка.

Госпіталізована – 25.10.2020 р. о 00:40.

Померла – 26.10.2020 р. о 11:05.

Дата розтину – 27.10.2020 р. об 11:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хвора в ургентному порядку каретою швидкої допомоги доставлена в хірургічне відділення з діагнозом «шлунково-кишкова кровотеча». Упродовж останніх шести місяців рідним скаржилася на дискомфорт у черевній порожнині, здуття, відсутність апетиту, зниження маси тіла, діарею, нудоту. За медичною допомогою не зверталася. Один місяць тому з'явилися жовтяничний колір шкіри та слизових оболонок, свербіж шкіри, біль в епігастрії та спині. Раптово увечері виникло блювання кров'ю. Під час госпіталізації стан пацієнтки дуже тяжкий. Шкіра та видимі слизові оболонки з жовтяничним відтінком. АТ – 60/20 мм рт. ст., пульс – 110/хв, без свідомості. У зв'язку з тяжкістю стану пацієнтці проведено ФГДС для визначення джерела кровотечі, але взяти в операційну не було можливості. Незважаючи на консервативну терапію щодо припинення шлунково-кишкової кровотечі, настало припинення серцевої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали. Констатовано біологічну смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп жінки правильної статури, дещо зниженого живлення. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині наявні темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,8 см. У черевній порожнині близько 500,0 мл геморагічної рідини. Очеревина гладка, тьмяна, повнокровна. У правій та лівій плевральних порожнинах по 150,0 мл геморагічної рідини; плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6 см x 5 см x 2 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу блідо-сірого кольору, з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний.

Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок блідо-рожевого кольору. У просвіті трахеї – пінява рідина. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 26,0 см x 14,5 см x 8,0 см. Поверхня розрізу легенів блідо-рожевого кольору. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона пінява рідина. Під плеврою – відкладення вугільного пігменту. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, блискуча. Стінки бронхів у ділянці кореня легенів потовщені.

Серце розміром 12,5 см x 9,0 см x 7,0 см. Епікард блискучий, під ним – помірні 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. У порожнині серця – поодинокі темно-червоні згустки крові. Серцевий м'яз коричневого кольору, щільний на дотик, на розрізі стінка лівого шлуночка пронизана дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. У порожнині перикарда близько 30,0 мл світло-жовтої прозорої рідини. Вівці артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно звапнілі. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 30–50 %, за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних мас. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору з численними атеросклеротичними бляшками жовтого кольору розміром від 0,3 см x 0,5 см до 1,0–1,2 см, переважно в черевному відділі аорти.

Шлунок помірно роздутий, у просвіті шлунка – рідка кров та її згустки. Слизова оболонка згладжена, блідо-рожевого кольору з дрібними підслизовими крововиливами. Просвіт 12-палої кишки заповнений згустками крові. На задній стінці 12-палої кишки розміщується утвір у вигляді вузла діаметром 3,0 см, брудно-сірого кольору, сальний на розрізі, що проростає з голівку підшлункової залози. У центрі вузла – тромбована судина та згусток крові. Петлі кишківника спалися, серозна оболонка бліда, блискуча. Слизова оболонка петель тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору. У просвіті петель кишківника – калові маси чорного кольору.

Печінка розміром 23,0 см x 14,0 см x 11,5 см x 9,0 см. Поверхня її гладка. Капсула прозора тонка; субкапсулярно виявляються поодинокі (0,1–0,3 см) сірі включення. На розрізі паренхіма печінки жовтого кольору. Жовчний міхур деформований, розміром 9,0 см x 5,0 см x 4,0 см,

стінка до 0,7 см, слизова оболонка згладжена. Навколо жовчного міхура – спайковий процес.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см x 2,0 см x 1,6 см. Голівка її збільшена (6,5 см x 5,5 см x 3,5 см) щільна на дотик. На розрізі представлена тканиною брудно-сірого кольору з вторинними змінами у вигляді вогнищ крововиливів та некрозу з інфільтруючим ростом у тканину дванадцятипалої кишки Тіло та хвіст залози представлені бугристим тяжем фіброзної щільності, на розрізі – сірого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 4,2 см x 2,8 см x 0,6 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: права – 7,0 см x 3,5 см x 3,0 см, ліва – 9,0 см x 5,5 см x 5,0 см. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні на дотик, малюнок збережений, межі шарів нечіткі. Капсула нирок знімається легко, їх поверхня із множинними втягненнями. На верхньому полюсі лівої нирки – кіста діаметром 4,0 см x 5,0 см із серозним умістом. Товщина стінки кісти 0,3 см. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур порожній. Слизова оболонка його помірно складчаста, блідо-червона.

Селезінка розміром 12,0 см x 9,0 см x 4,5 см. Капсула зморшкувата. З поверхні розрізу зскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної та черевної порожнин не збільшені.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – набрякла, волога, блискуча. Під час прогладжування ножем із її поверхні стікає значна кількість кров'янистої рідини. Судини основи мозку потовщені, еластичність їх знижена, стінка щільна за рахунок атеросклеротичних бляшок.

Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції. Біла й сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають великою кількістю червоні точки, що легко змиваються. Бокові шлуночки не розширені. Синуси твердої мозкової оболонки містять ліквор. Речовина мозку набрякла, тягнеться за ножом. Борозни, звивини мозку згладжені.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – гістоструктура м'яких мозкових оболонок розпушена (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини здебільшого недокривні. Пошарова організація цитоархітекτονіки кори збережена. Серед нейронів кори головного мозку візуалізуються клітини, змінені за ішемічним типом (нервові клітини мають трикутну форму, їх цитоплазма гомогенна, бліда, місцями – склоподібна, їх ядра нерідко витягнуті в довжину, гіперхромні, ядерця не виражені). Спостерігаються поодинокі нейрони в стані тяжких змін. Перичелюлярні простори місцями дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, з дещо більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори незначно розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна, щільно прилягає до тканини легені. Місцями візуалізуються субплевральні відкладення зерен пігменту чорного кольору. Тканина легкени в стані емфізематозного здуття зі стоншенням та множинними розривами міжальвеолярних перегородок, краї розривів стінок альвеол гострі (позитивний симптом «шпори»). Ураховуючи, що тканина легені в стані емфізематозного здуття, пневматизація тканини нерівномірна внаслідок заповнення деяких груп альвеол зернистими еозинофільними масами. У просвітах

деяких альвеол візуалізуються нечисленні макрофаги, цитоплазма яких містить пігмент бурого кольору (гемосидерофаги). Бронхи в досліджуваному фрагменті тканини не представлені. Судини проміжної тканини повнокровні, капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий. Стінка вінцевої артерії нерівномірно потовщена, фіброзована, зі звуженням просвіту артерії; у просвіті артерії – невелика кількість крові. Вінцева вена крові не містить. Міокард компактний, місцями незначно розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко, перинуклеарно визначається пілоподібний пігмент золотистого кольору. Ядра деяких кардіоміоцитів збільшені за розмірами, гіперхромні, деформовані. Місцями м'язові волокна міокарда фрагментовані. М'язові волокна міокарда збільшені у своєму поперечному розмірі. У стромі міокарда визначаються тонко-тяжисті розростання сполучної тканини. Інтрамуральні артерії недокрівні, вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини печінки. Субкапсулярно в тканині печінки візуалізуються ділянки пухлинної тканини, в гістоструктурі якої чітко простежується залозисте диференціювання. Строма пухлини фіброзована, епітелій залоз із проявами клітинної атипії (ядра епітелію різного розміру, гіперхромні, визначаються патологічні мітози). За межами пухлини балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити набряклі із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Місцями, переважно в центрах печінкових часточок (по периметру центральних вен), візуалізуються гепатоцити, цитоплазма яких містить

пилоподібний пігмент бурого кольору. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Місцями в розширених жовчних канальцях візуалізуються зерна і грудочки пігменту зеленувато-бурого кольору. Синусоїди містять зернисті еозинофільні маси. Центральні вени недокрівні; судини порталних трактів недокрівні. Строма порталних трактів фіброзована.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини нирки. У тканині нирки візуалізується фрагмент субкапсулярної кісти, з чітко сформованою фіброзованою стінкою. Ниркові клубочки різновеликі, їх капілярні петлі нерівномірно кровонаповнені. Просвіти капсул ниркових клубочків вільні (оптично порожні). Місцями візуалізуються поодинокі склерозовані клубочки. Епітелій звивистих ниркових канальців дещо сплюснений, із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію канальців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти ниркових канальців дещо розширені, містять зернисті еозинофільні маси. У просвітах багатьох канальців – гіалінові циліндри; у просвітах деяких канальців – пігментні циліндри коричнево-зеленого кольору. У стромі нирки, місцями (переважно навколо склерозованих клубочків) визначається нерівномірної щільності лімфогістіоцитарна інфільтрація. Внутрішньониркові артерії недокрівні, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані, з розшаруванням; вени малокровні; судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла недокрівні.

Новоутворення підшлункової залози (1 зріз) – гістоархітектоніка тканини залози порушена. У тканині переважає фіброзна тканина, в товщі якої «замуровані» комплекси пухлинних клітин, з ознаками клітинної атипії (клітини пухлини з високим ядерно-цитоплазматичним

співвідношенням, ядра клітин гіперхромні, визначаються мітози). Клітинні комплекси місцями формують ланцюжки і вузлики. Місцями в тканинній організації пухлини простежується залозиста будова. Внутрішньотканинні судини усіх русел і рівнів недокривні.

Стінка 12-палої кишки з пухлиною (1 зріз) – у стінці 12-палої кишки переважає фіброзна тканина, у товщі якої «замуровані» комплекси пухлинних клітин, з ознаками клітинної атипії, в яких простежується залозиста будова (клітини пухлини місцями формують залозисті структури, з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, ядра клітин гіперхромні, визначаються мітози). Внутрішньотканинні судини усіх русел і рівнів недокривні.

Задача 12

Основні дані протоколу розтину № 12.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлена до стаціонару каретою швидкої допомоги.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 3417. Вік – 31 рік, безробітна.

Госпіталізована – 01.02.2020 р. о 04:20.

Померла – 03.02.2020 р. о 08:40.

Дата розтину – 04.02.2020 р. о 08:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

З 2010 року стоїть на обліку в лікаря-інфекціоніста з приводу вірусного гепатиту С і скаржилася на загальну слабкість та швидку втомлюваність, метеоризм, нудоту та блювання. Дві доби тому були блювання кров'ю, запаморочення. Під час госпіталізації до стаціонару шкірні покриви та слизові жовтяничні із зірчастими гемангіомами та телеангіектазіями. Пульс – 80 уд./хв, артеріальний тиск – 100/50 мм рт. ст. Живіт збільшений. На шкірі черевної стінки розширені вени колатерального кровообігу. Під час огляду лікарем-хірургом дані про шлунково-кишкову кровотечу відсутні. Пацієнтка у свідомості. Під час проведення езофагогастроуденоскопії діагностовано варикозно розширені вени стравоходу, порталну гастропатію. Білірубін крові – 85 мкмоль/л, альбуміни – 22 г/л. Коефіцієнт де Рітіса (АСТ/АЛТ) – 0,8. Призначено консервативне лікування для запобігання повторної кровотечі. Однак стан хворої раптово погіршився. Хвора померла за наростаючих явищ печінкової недостатності.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Розтину підлягав труп жінки правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражено достатньо. На спині темно-червоні плями. Шкіра обличчя, тулуба і слизові оболонки жовтяничні з зірчастими гемангіомами та телеангієктазіями. Товщина підшкірно-жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 1,5 см. На шкірі черевної стінки – розширені вени колатерального кровообігу («голова медузи Горгони»). Очеревина гладенька, волого-блискуча. У черевній порожнині міститься близько 3,5 л рідини жовтого кольору. У плевральній порожнині патологічних скупчень не виявлено. Плевра гладенька, блискуча.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної часточки 4,5 см х 4,0 см х 2,5 см. Паращитоподібні залози 0,6 см діаметром. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Мигдалики не збільшені, на розрізі синюшні. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору.

Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. У нижній третині контуруються варикознорозширені вени.

Слизові оболонки гортані і трахеї темно-червоного кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї пінява рідина і незначна кількість слизу.

Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 23,4 см х 15,0 см х 10,0 см. Поверхня розрізу легенів сіро-рожевого кольору. З поверхні розрізу, особливо нижніх часточок, стікає червона піниста рідина. У просвіті великих – бронхів слиз і незначна кількість

рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору.

Серце розміром 11,0 см x 8,0 см x 5,5 см. Епікард блискучий, у субепікардіальній жировій тканині візуалізуються поодинокі дрібновогнищеві крововиливи. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 1,5 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. М'яз стінки лівого шлуночка в'ялий на дотик, коричневого кольору. Коронарні артерії серця під епікардом звиті, контурують. Просвіт їх на поперечних розрізах не звужений. Внутрішня оболонка судин не потовщена. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору і покрита поодинокими бляшками білого і жовтого кольорів.

Шлунок помірно роздутий. Слизова оболонка блідо-сірого кольору з множинними дрібними ерозіями, складки дещо згладжені. У кардіальному відділі виявлено виражений судинний малюнок, контуруються варикозно-розширені вени. У порожнині шлунка рідкий вміст із кислим запахом сірого кольору. Дванадцятипала кишка не змінена, слизова оболонка її блідо-рожева. Петлі тонкої і товстої кишок помірно роздуті, слизова оболонка їх блідо-рожева. У просвіті петель тонкої та товстої кишок калові маси звичайного вигляду.

Печінка розміром 20,0 см x 18,0 см x 16,0 см x 9,0 см. Капсула щільно спаяна з поверхнею органа, поверхня її дрібно-горбиста. На розрізі тканина печінки жовто-сірого кольору, на дотик кам'янистої щільності. Жовчні ходи прохідні, у жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч. Його стінка – до 0,2 см, світло-сірого кольору.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см х 3,5 см х 2,0 см, ущільнена, на розрізі з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,0 см х 2,2 см х 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: права 12,0 см х 6,0 см х 4,0 см, ліва – 12,0 см х 5,5 см х 4,0 см. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні; малюнок збережений, межі шарів не чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідно-червона. Слизова оболонка ниркових мисок та сечоводів блідо – сірого кольору.

Сечовий міхур містить близько 50 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка розміром 13,6 см х 6,7 см х 3,5 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зіскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки ущільнена. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножем з її поверхні стікає незначна кількість прозорої рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістоподібної консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Борозни і звивини мозку помірно згладжені. Порожнини середнього вуха з обох сторін чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Легені (1 зріз) – плевра дещо потовщена, з розпушеною гістоструктурою, щільно прилягає до тканини легені. Тканина легені повітряна. Міжальвеолярні перегородки дещо набряклі внаслідок інтерстиційного набряку. У деяких ділянках дослідження міжальвеолярні перегородки розірвані, до того ж краї багатьох розірваних стінок альвеол мають булавоподібні потовщення. Просвіти альвеол вільні (оптично порожні). Просвіти бронхіол неправильної форми, вільні (оптично порожні); епітеліальна вистілка їх слизової оболонки сегментарно десквамована. Судини проміжної тканини та капіляри і міжальвеолярних перегородок нерівномірно кровонаповнені. У деяких ділянках дослідження визначаються периваскулярні і перибронхіолярні відкладення зерен пігменту чорного кольору.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий; під ним візуалізується незначна кількість субепікардіальної жирової тканини. Вінцеві судини крові не містять. Міокард дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити з еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. М'язові волокна міокарда в мікропрепараті знаходяться переважно у своїх поперечних і тангенціальних зрізах. Ендокард тонкий, його ендотеліальна вистілка десквамована і в мікропрепараті її немає. Інтрамуральні судини усіх русел і рівнів крові не містять.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не спостерігається. Гістоструктура печінки порушена. На усій площі дослідження тканини печінки визначаються розростання фіброзної портально-септальної строми, внаслідок чого балково-радіарна структура печінки порушена й у багатьох ділянках дослідження

реєструється формування «хибних» часточок. У стромі печінки реєструється нерівномірної щільності лімфогістіоцитарна інфільтрація. Місцями у структурі порталних трактів визначається гіперплазія жовчовивідних проток. У складі цитоплазми переважної більшості гепатоцитів визначаються різновеликі жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тіл. Ядра гепатоцитів округлої форми, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Внутрішньопечінкова судинна система в усіх руслах і на усіх рівнях малокровна.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула тонка, місцями щільно прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки різновеликі, їх капілярні петлі нерівномірно кровонаповнені. Просвіти капсул ниркових клубочків вільні. Епітелій звивистих ниркових каналців набряклий. Контури ядер епітелію звивистих ниркових каналців візуалізуються чітко. Просвіти ниркових каналців вузькі. Строма нирки дещо розпушена. Внутрішньониркові артерії та вени містять зернисті еозинофільні маси, судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені.

Селезінка (1 зріз) – капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини селезінки. Поділ на червону та білу пульпу в гістоструктурі селезінки простежується чітко. Біла пульпа проглядається у вигляді дрібних острівкових скупчень клітин лімфоїдного ряду, що ексцентрично оточують центральні артерії. Стінки центральних артерій гіалінізовані; просвіти їх вузькі, недокривні. Простежується фібротизація синусів червоної пульпи. Трабекулярні судини нерівномірно кровонаповнені.

Задача 13

Основні дані протоколу розтину № 13.

Лікувальний заклад – обласна лікарня.

Направлена до стаціонару в ургентному порядку.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 875. Вік – 50 років, бібліотекар.

Госпіталізована – 28.03.2020 р. о 12:00.

Померла – 28.03.2020 р. о 12:40.

Дата розтину – 29.03.2020 р. о 9:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хвора в ургентному порядку госпіталізована до хірургічного відділення в дуже тяжкому стані з блюванням «кавовою гущею», запамороченням, рясним рідким дьогтеподібним випороженням (мелена), задишкою, серцебиттям, загальною слабкістю. Епізоди кровотеч, запаморочення, непритомності в анамнезі (зі слів родичів) відсутні. Алкоголь не вживає. Приймає лікарські препарати для розрідження крові (в минулому році перенесла інфаркт міокарда). Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, холодний піт. Свідомість затьмарена. Нь – 50 г/л, АТ – 70/20 мм рт. ст. Незважаючи на корекцію втрати ОЦК, лікування виявилось неефективним. Хвора померла.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Тіло жінки правильної статури, задовільного харчування. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді, із синюшним відтінком. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 3,0 см. Плевра на всій довжині гладка, блискуча, волога. Діафрагма блідо-сіра. Очеревина гладка, блискуча.

Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі червоного кольору, розмір кожної частинки 2,5 см х 2,0 см х 1,5 см. Паращитоподібні залози близько 0,6 см у діаметрі. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична, із сосочками, що чітко виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями.

Слизові оболонки гортані і трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок темно-червоного кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – незначна кількість слизу. Легені розміром 25,0 см х 14,0 см х 8,0 см кожна. Легені ущільнені, темно-червоного кольору. Нижня частка лівої легені щільна, зерниста, під час натискання з її поверхні стікає велика кількість пінистої геморагічної рідини. Слизова оболонка бронхів рожево-сірого кольору, тьмяна.

Порожнина серцевої сумки містить 150,0 мл рідини. Серце розміром 13,0 см х 10,0 см х 5,0 см. Епікард блискучий, під ним – значні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,2 см, лівого – 2,0 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині правого шлуночка виявляються лаковані, м'які згустки крові. На розрізі міокард дряблий, коричнево-червоного кольору, з прожилками білуватої тканини, які у ділянці лівого шлуночка зливаються в обширні поля розміром 1,5 х 1,2 см, простежуються вогнища нерівномірного кровонаповнення. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно запнілі, склерозовані. Внутрішня оболонка судин потовщена. В інтимі аорти відзначаються явища атеросклерозу за рахунок наявності жовтуватих плям та смуг, фіброзних бляшок, навколо яких є відкладення вапняних солей.

Стравохід на всій довжині прохідний. Слизова оболонка згладжена, синюшного кольору з вогнищами крововиливів.

Шлунок роздутий, у його просвіті рідка кров та її згустки. Слизова оболонка згладжена, блідо-червоного кольору, з множинними ерозіями та крововиливами.

Петлі кишківника дещо роздуті. Серозна оболонка чиста, блискуча. Слизова оболонка петель тонкої і товстої кишок блідо-сірого кольору, в порожнині кишківника калові маси дьогтеподібної консистенції чорного кольору. У ділянці цибулини дванадцятипалої кишки відзначається виразковий дефект діаметром до 2 см із рівними гладкими краями, в центрі – тромбована судина.

Печінка розмірами 20,0 см x 11,0 см x 15,0 см x 6,5 см не ущільнена, жовтого кольору. На розрізі паренхіма повнокровна, «мускатного» вигляду. Внутрішні та зовнішні жовчні шляхи прохідні, містять темну жовч. Просвіт ворітної вени і печінкової артерії широкий, вільний. Жовчні шляхи прохідні. Жовчний міхур розміром 10,0 см x 4,5 см x 4,0 см заповнений жовчю та містить конкремент 1,0 см x 1,0 см. Товщина стінки міхура – до 0,3 см. Слизова оболонка жовчного міхура оксамитового вигляду.

Підшлункова залоза розміром 18,0 см x 4,0 см x 2,5 см, повнокровна, сіро-жовтого кольору. Надниркові залози листоподібної форми, розміром 4,8 см x 3,2 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 11,4 см x 6,5 см x 4,5 см, права – 9,5 см x 6,0 см x 4,0 см. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів нечіткі, у воріт – значні жирові накопичення. На поверхні обох нирок відзначаються кісти з гладкими стінками, з мутним

умістом діаметром до 2 см. Капсула нирок легко знімається, поверхня зморшкувата, блідо-червона.

Сечовий міхур містить 50,0 мл сечі, слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчата.

Селезінка розміром 9,0 см x 5,5 см x 4,0 см. Капсула напружена, потовщена, блискуча, товщиною до 0,2 см. З поверхні розрізу зіскрібається кров темно-вишневого кольору незначною кількістю. Тканина селезінки щільна, зморшкувата, ціанотичного кольору. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом з її поверхні збігає незначна кількість прозорої рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістоподібної консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні точки, що легко змиваються. Гіпофіз звичного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Борозни і звивини мозку помірно згладжені. Порожнини середнього вуха з обох сторін чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки тонкі. Піальні судини малокровні. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів кори головного мозку переважають клітини, змінені за ішемічним типом (нервові клітини трикутної або неправильної форми, їх цитоплазма гомогенна, бліда, місцями – склоподібна, їх ядра неправильної форми, нерідко витягнуті у довжину, гіперхромні, ядерця невиразні), трапляються клітини в стані тяжких змін (клітинні тіла набряклі, контури клітин неправильні,

нечіткі, цитоплазма зерниста; ядра деформовані, гіпохромні, нерівномірно зафарбовані, а іноді й зовсім не визначаються) і поодинокі нейрони типу «клітин-тіней». Перичелюлярні простори дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла малокровні, капіляри у вигляді клітинних тяжів. Периваскулярні простори місцями дещо розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна, щільно прилягає до тканини легені. Тканина легені малоповітряна внаслідок заповнення переважної кількості альвеол кров'ю. Просвіти бронхіол неправильної форми, містять кров, епітеліальна вистілка їх слизової оболонки сегментарно десквамована. Судини в проміжній тканині повнокровні, у просвітах деяких із них визначаються дисоціації елементів «червоної» і «білої» крові. У просвітах деяких судин мікроциркуляторного русла – лейкостази. Капіляри міжальвеолярних перегородок нерівномірно кровонаповнені. Місцями визначаються периваскулярні відкладення зерен пігменту чорного кольору.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий, прилягає безпосередньо до міокарда. Міокард компактний. У товщі міокарда визначаються масивні розростання грубо-волокнистої (фіброзної) тканини, що зливаються між собою, з формуванням великих фіброзних полів. У багатьох полях зору розростання фіброзної тканини замурують пучки м'язових волокон міокарда. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. У багатьох полях зору визначаються кардіоміоцити з великими гіперхромними деформованими ядрами. М'язові волокна міокарда збільшені у своєму поперечному розмірі.

Печінка (1 зріз) – капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини печінки. Балково-радіарна структура

печінки збережена, однак простежується нечітко. Переважна кількість гепатоцитів у складі своєї цитоплазми містить різновеликі жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тіл. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди вузькі, ніби здавлені збільшеними гепатоцитами, місцями з лейкостазами; загалом синусоїди малокровні. Центральні вени і судини портальних трактів повнокровні. Строма портальних трактів компактна.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула в мікропрепараті не представлена. Ниркові клубочки різновеликі; їх капілярні петлі з помірно вираженим кровонаповненням. Просвіти капсул клубочків відносно широкі, вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових канальців набряклий, із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію канальців проглядаються чітко. Просвіти деяких ниркових канальців містять зернисті еозинофільні маси. Строма місцями дещо розпушена (непряма ознака набряку тканини). Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени повнокровні; судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла повнокровні.

Стінка 12-палої кишки (1 зріз) – слизова оболонка нерівномірної товщини, дифузно просякнута запальним ексудатом, клітинний склад якого представлений нейтрофілами з нерівномірною щільністю розподілу. Визначаються масивні ділянки глибокого некрозу слизової оболонки, захоплюючи частково підслизову основу і м'язовий шар. Підслизовий шар розпушений, венозні судини розширені, повнокровні, еритроцити в них у вигляді зернистої маси; артерії з невеликою кількістю еритроцитів. У деяких судинах – лейкостази. М'язовий шар із збереженою гістоструктурою. Виразене повнокров'я судин м'язового шару.

Задача 14

Основні дані протоколу розтину № 14.
Лікувальний заклад – обласна лікарня.
Направлена до стаціонару в ургентному порядку.
Відділення – хірургічне.
Історія хвороби № 965. Вік – 56 років, кухар.
Госпіталізована – 04.04.2020 р. о 21:45.
Померла – 08.04.2020 р. о 00:40.
Дата розтину – 08.04.2020 р. о 9:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хвора в ургентному порядку госпіталізована до хірургічного відділення в дуже тяжкому стані. Один тиждень тому на шкірі стегна з'явилися набряк тканин, почервоніння, гіпертермія шкіри, колючий біль у стегні та підвищення температури до 38 °С. За медичною допомогою не зверталася. Самостійно приймала кетанов для зменшення болю. Під час госпіталізації шкіра лівого стегна значно набрякла, синюшно-червоного кольору, гаряча на дотик. Обмежені рухи в кульшовому суглобі, наявні позитивні симптоми флюктуації. В анамнезі – цукровий діабет, інсулінозалежний, на стадії субкомпенсації. Ожиріння III ст. Цукор крові під час госпіталізації – 22 ммоль/л. Клінічний аналіз крові: гемоглобін – 107 г/л, лейкоцити – $17,1 \times 10^9$ /л, нейтрофіли: паличкоядерні – 7 %, сегментоядерні – 74 %, еозинофіли – 0 %, лімфоцити – 18 %, моноцити – 1 %, ШОЕ – 42 мм/год. Хворій ургентно проведена операція: хірургічне оброблення флегмони стегна (після оброблення операційного поля зроблений розріз довжиною до 18 см у місці найбільшого випинання та флюктуації (по задньолатеральному краю розміщення гнійника). Виділено до 100 мл рідкого з білуватим

відтінком гною без запаху. Гниття спостерігалось під фасцією. Під час огляду виявлено гнійний вміст субфасціалью. Результати мікробіологічного дослідження вмісту рани: Streptococcus β -haemolyticus – ріст ++, визначена чутливість до антибіотиків (чутливий до левофлораксацину, ципрофлораксацину). Призначено антибактеріальну терапію. Незважаючи на проведену операцію та медикаментозну терапію щодо усунення гнійного вогнища і корекції цукру крові, лікування виявилось неефективним. Хвора померла.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп жінки правильної статури, значно підвищеного харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багрові плями. Шкіра обличчя, тулуба й видимі слизові оболонки синюшного кольору. У верхній третині лівого стегна по передній поверхні візуалізується «лампасний» розріз Т-подібної форми розміром 35,0 см x 18,0 см. Шкірні покриви навколо розрізу гіперемовані з ціанотичним відтінком, тканина набрякла, щільна на дотик. Тканина рани набрякла, сіро-зеленого кольору, дно вистелене некротичними масами з неприємним запахом.

Товщина підшкірно-жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 6,5 см. У черевній порожнині патологічної рідини не виявлено. Очеревина гладка, блискуча, повнокровна.

У плевральних порожнинах, справа і зліва, патологічних скупчень не виявлено; плевра гладка, повнокровна, блискуча.

Щитоподібна залоза не збільшена. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною. Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими

нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору.

Слизова оболонка стравоходу світло-сірого кольору, з поодинокими крововиливами, з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок темно-червоного кольору з незначним синюшним відтінком. У просвіті трахеї – піниста рідина. Легені на дотик тістуватої консистенції, розміром 25,0 см x 15,0 см x 10,0 см. Маса правої легені – 500,0 г, лівої – 480,0 г. Поверхня розрізу легенів нерівномірного кровонаповнення, ділянки сіро-рожевого кольору чергуються з ділянками темно-червоного кольору. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів слиз і незначна кількість рідини, забарвлена кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, тьмяна. Стінки бронхів у прикореневій ділянці дещо потовщені та виступають над поверхнею розрізу у вигляді «гусячого пір'я».

У порожнині перикарда – 20,0 мл рідини жовтого кольору. Серце розміром 14,0 см x 12,0 см x 5,0 см. Маса – 330,0 г. Епікард блискучий. Під ним помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,4 см, лівого – 2,5 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка – темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові міститься в порожнині правого шлуночка. М'яз стінки лівого шлуночка дещо в'ялий на дотик, глинистого вигляду; на розрізі пронизаний дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно звапнілі. Внутрішня оболонка судин потовщена за рахунок пристінкового відкладення атероматозних мас, просвіт їх на поперечних розрізах

нерівномірно звужений до 50–70 %. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору з численними атеросклеротичними бляшками. У центрі деякі бляшки вкриті виразками, виповнені кашкоподібним вмістом, навколо яких є вогнищеві заплінення. В інтимі брижових, клубових і стегнових артерій є численні невеликі білясто-жовті бляшки.

Шлунок помірно роздутий, слизова оболонка згладжена, осередково гіперемована з множинними підслизовими дрібними крововиливами та ерозіями (до 0,8 см). У порожнині шлунка рідкий вміст із кислим запахом. Слизова оболонка 12-палої кишки блідо-червоного кольору, складчастість виражена. Відзначаються множинні дрібно-точкові підслизові крововиливи. Петлі тонкого і товстого кишківника не роздуті; серозна оболонка кишечнику блискуча, сіро-рожева. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок помірно складчаста, блідо-рожева; у порожнині вміст відповідає анатомічним відділам.

Печінка розміром 29,0 см x 20,0 см x 14,0 см x 9,0 см. Маса 1 830,0 г. Поверхня її гладка. Капсула прозора, тонка. На розрізі коричнево-жовтого кольору, на дотик помірно щільна. Жовчні шляхи прохідні, у жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза масою 100 г, розміром 20,0 см x 3,3 см x 2,5 см, помірно щільна, повнокровна, на розрізі з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми масою 12 г, розміром 5,0 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 11,5 см x 5,0 см x 4,0 см, маса – 145 г, права – 11,5 см x 5,5 см x 4,0 см, маса – 145 г. На розрізі

кірковий шар нирки блідо-сірий і різко контрастує з повнокровними темно-вишневими пірамідами, помірно щільними на дотик. У ділянці воріт нирок відзначається розростання жирової тканини. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладка. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-сіра, помірно складчаста.

Селезінка розміром 17,0 см x 12,0 см x 7,0 см. Маса – 210 г. Капсула зморшкувата. З поверхні розрізу зіскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки рихла, з численними сіро-жовтими включеннями до 0,3–0,5 см у діаметрі. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом з її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку нерівномірно потовщені, особливо в ділянці сільвієвих артерій. У шлуночках дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні точки, які легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки в мікропрепараті не представлені. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів кори

головного мозку переважають нейрони, змінені за ішемічним типом. Перичелюлярні простори значно розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, з більш вираженим кровонаповненням венул. Місцями, периваскулярно, визначаються поодинокі макрофаги, цитоплазма яких містить пігмент бурого кольору (гемосидерофаги). Периваскулярні простори розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна, щільно прилягає до тканини легені. Тканина легені безповітряна внаслідок масивного запального процесу. Просвіти альвеол заповнені фібрином, із домішкою нейтрофілів і макрофагів (кількісне співвідношення зазначених елементів різна в різних полях зору). Міжальвеолярні перегородки тонкі, в деяких полях зору розпушені внаслідок їх гнійного лізису. Бронхи в досліджуваному фрагменті легені не візуалізуються. Судини проміжної тканини нерівномірно кровонаповнені; капіляри міжальвеолярних перетинок чітко не проглядаються.

Серце (1 зріз) – епікард потовщений, фіброзований, прилягає безпосередньо до міокарда. Міокард компактний, місцями дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів визначаються чітко. М'язові волокна міокарда місцями хвилеподібно деформовані. У деяких полях зору візуалізуються м'язові волокна міокарда з «обтаюванням» контурів (прояви міоцитолізу). У стромі міокарда визначається нерівномірної щільності запальна інфільтрація, клітинний склад якої представлений переважно нейтрофілами, з домішкою лімфоцитів і нечисленних макрофагів. Ендокард тонкий, його ендотеліальна вистілка сегментарно десквамована.

Інтрамуральні артерії повнокровні; вени повнокровні; судини мікроциркуляторного русла з еритростазами.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити набрякли, із зернистою еозинофільною цитоплазмою; ядра гепатоцитів округлі, чітко контуровані. Синусоїди повнокровні, з лейкостазами. Центральні вени, а також вени порталних трактів повнокровні; артерії триад нерівномірно кровонаповнені. У стромі порталних трактів і міжчасточкових септ визначається густа лімфомакрофагальна інфільтрація, що поширюється за межі пограничної пластинки.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула потовщена, фіброзована, щільно прилягає до тканини нирки. Просвіти капсул клубочків широкі, здебільшого вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових каналців із вакуолізованою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію каналців проглядаються нечітко, місцями не проглядаються взагалі. Просвіти ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини різко набрякла. У стромі нирки в деяких полях зору візуалізуються осередкові лімфогістіоцитарні інфільтрати. Внутрішньониркові артерії малокровні; внутрішньониркові вени повнокровні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла різко повнокровні, переважно в екстремедулярній зоні.

Селезінка (1 зріз) – капсула тонка, компактна, щільно прилягає до тканини селезінки. У тканині селезінки візуалізуються різновеликі, що зливаються між собою фокуси гнійно-некротичного запалення (абсцеси): центри абсцесів представлені гнійно-некротичним детритом, капсула абсцесів нечітко виражена. Поза зоною абсцедування поділ на червону і білу пульпу в гістоструктурі селезінки простежується чітко. Біла пульпа

представлена нечисленними дрібними щільними скупченнями клітин лімфоїдного ряду, що ексцентрично оточують центральні артерії. Синуси червоної пульпи повнокровні. Стінки центральних артерій потовщені, фіброзовані; просвіти їх вузькі. Трабекулярні судини нерівномірно кровонаповнені.

Задача 15

Основні дані протоколу розтину № 15.
Лікувальний заклад – обласна лікарня.
Направлений до стаціонару в ургентному порядку.
Відділення – хірургічне.
Історія хвороби № 654. Вік – 60 років, безробітний.
Госпіталізована – 12.04.2020 р. о 12:00.
Помер – 14.04.2020 р. о 18:25.
Дата розтину – 15.04.2020 р. о 9:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий в ургентному порядку госпіталізований до хірургічного відділення з болями в животі. З анамнезу – болі в животі турбують близько 1 тижня. За медичною допомогою не звертався. Постійно вживає алкоголь. Під час огляду черговим лікарем шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Температура 39 °С. Хворий в ургентному порядку прооперований: нижньосерединна лапаротомія, апендектомія, дренування черевної порожнини за Петровим. Однак лікування ефекту не дало. На фоні гострої серцево-легеневої недостатності настала смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп чоловіка правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба й видимі слизові оболонки синюшного кольору. На передній черевній стінці вшитий післяопераційний розріз довжиною 20 см, накладено 16 спроможних швів. Черевна порожнина дренована рукавично-трубчастими дренажами з чотирьох точок за Петровим (справа та зліва у здухвинній ділянці, справа та

зліва – у підребер'ях). Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 1,5 см. У черевній порожнині виявлено до 800 мл мутної рідини. Очеревина тьмяна, повнокровна з дрібними крововиливами і фібринозними нашаруваннями сіро-зеленого кольору. Діафрагма з крововиливами та нашаруваннями фібрину. Чепець у вигляді пласта сіро-жовтого кольору, щільного на дотик із дрібно-точковими крововиливами.

У правій та лівій плевральній порожнині патологічних скупчень не виявлено; плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки – 6,0 см x 5,0 см x 2,0 см, маса – 28 г. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см, маса – 0,5 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Мигдалики не збільшені, на розрізі синюшні, пронизані невеличкими рубчиками. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору.

Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизові оболонки гортані й трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок блідо-рожевого кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї піниста рідина і небагато слизу.

Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 27,0 см x 16,5 см x 8,5 см. Права легеня масою 450 г, ліва – 400 г. Поверхня розрізу легенів сіро-рожевого кольору; помірно ущільнена в ділянці кореня легенів. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона пінява рідина. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна

кількість рідини, забарвлена кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору, тьмяна. Стінки бронхів в ділянці коренів легенів потовщені, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я». У просвіті дрібних гілок правої та лівої легеневих артерій містяться тромботичні маси темно-червоного кольору, які під час стискання паренхіми легень виходять з просвіту судин у вигляді «стовпчиків».

У порожнині перикарда близько 20 мл жовтуватої рідини. Серце розміром 11,5 см x 9,5 см x 6,0 см, маса – 340 г. Епікард блискучий. Під ним помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,4 см, лівого – 2,2 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. Стінка лівого шлуночка щільна на дотик, глинистого вигляду, на розрізі пронизана дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові в порожнині правого шлуночка, між папілярними м'язами правого шлуночка візуалізуються тромботичні маси. Вінцеві артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно заплілі. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 50 %, за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних бляшок. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всій довжині кольору слонячої кістки і покрита великою кількістю бляшок білого і жовтого кольору розміром від 0,5 см x 0,5 см до 1,5 см x 2,0 см. У центрі переважна більшість бляшок укрита виразками, заповненими кашкоподібним вмістом, навколо яких є відкладення вапняних солей. В інтимі брижових, клубових і стегнових артерій також є нечисленні невеликі білясто-жовті бляшки.

Шлунок помірно роздутий, у просвіті шлунка – рідкий вміст чорного кольору з кислим запахом у помірній кількості. Слизова оболонка згладжена, блідо-червоного

кольору з дрібноточковими підслизовими крововиливами та дрібними (0,3–0,5 см) ерозіями. Дванадцятипала кишка: слизова оболонка блідо-червоного кольору, складчатість виражена помірно. Петлі кишківника дещо роздуті, серозна оболонка гіперемована з нашаруваннями фібрину сіро-зеленого кольору. У просвіті петель кишківника калові маси. Слизова оболонка петель тонкої і товстої кишок блідо-рожевого кольору.

Печінка розміром 29,0 см x 17,0 см x 11,0 см x 8,0 см, маса – 1 860 г. Поверхня її гладка. Капсула з нашаруваннями фібрину. На розрізі тканина печінки жовтого кольору, на дотик помірно щільна. У паренхімі візуалізуються три утвори 1,0 см x 1,0 см; 1,5 см x 1,5 см; 2,0 см x 2,0 см у вигляді порожнин, заповнених тягучим жовтим умістом. Ворітна вена з потовщеною стінкою, брудно-сірого кольору. Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч та два конкременти 1,2 та 1,8 см у діаметрі. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза масою 110 г, розміром 20,0 см x 4,5 см x 2,5 см, щільна, повнокровна, на розрізі з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми масою 12 г, розміром 4,8 см x 3,2 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 11,0 см x 6,0 см x 3,5 см, маса – 140 г; права – 10,0 см x 5,0 см x 3,5 см, маса – 135 г. На розрізі нирки блідо-червоні, щільні, малюнок збережений, межі шарів нечіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладка. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-рожева.

Селезінка розміром 12,5 см x 6,0 см x 3,5 см. Маса – 180 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зіскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки рихла. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені. У грудній порожнині під біфуркацією трахеї і біля воріт легенів вони пігментовані.

Кістки черепа цілі. Тверда мозкова оболонка не напружена. Повнокров'я судин не посилене. М'які мозкові оболонки прозорі, набряклі, помірно повнокровні. Синуси твердої мозкової оболонки вільні. Кількість рідини при виділенні головного мозку не збільшена. Межа між сірою і білою речовиною чітка. Підкіркові вузли чіткі. Речовина головного мозку помірно щільна, повнокровна. Бічні шлуночки не розширені, містять невелику кількість серозної рідини. Артерії основи головного мозку чіткоподібно потовщені, особливо в ділянці сільвієвих артерій. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки набряклі. Пошарова організація цитоархітектоніки кори збережена. Серед нейронів кори головного мозку переважають клітини, змінені за ішемічним типом, трапляються нейрони в стані тяжких змін. Місцями візуалізуються ділянки нейрональних спустошень. Перицелюлярні простори дещо розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, з дещо більш вираженим кровонаповненням вен. Периваскулярні простори дещо розширені.

Легені (1 зріз) – плевра щільно прилягає до тканини легені. Гістоструктура плеври дещо розпушена. Тканина легені нерівномірно повітряна внаслідок заповнення

просвітів багатьох альвеол зернистими еозинофільними масами. Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку, місцями міжальвеолярні перегородки стоншені та розірвані. В одному з полів зору, в просвіті альвеоли, візуалізується амілоїдне тільце. Просвіт бронхіол містять пласти десквамованої епітеліальної вистілки. Судини проміжної тканини повнокровні, у просвіті однієї із судин – змішаний тромб, спаяний зі стінкою судини, з деякими ознаками організації (від стінки судини в товщу тромбу «врастають» фібробласти), у місця прикріплення тромбу візуалізуються зерна пігменту коричневого кольору; капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні. В оточуючій легеневій тканині – внутрішньоальвеолярні крововиливи.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті не представлений. Міокард компактний. У товщі міокарда визначаються товсто-тяжисті, що зливаються між собою, розростання фіброзної тканини, які замурують пучки м'язових волокон міокарда. М'язові волокна міокарда збільшені у своєму поперечному розмірі та у мікропрепараті представлені у своїх поперечних і тангенціальних зрізах. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. Ядра багатьох кардіоміоцитів збільшені в розмірах, гіперхромні, деформовані. Інтрамуральні артерії нерівномірно кровонаповнені; вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – капсула у мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки чітко не простежується. Гепатоцити різновеликі, у складі цитоплазми гепатоцитів визначаються різновеликі жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тіл. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди

вузькі, ніби здавлені збільшеними гепатоцитами. Центральні вени та вени портальних трактів нерівномірно кровонаповнені; артерії триад малокровні. Строма портальних трактів розпушена; з нерівномірної щільності лімфогістіоцитарною інфільтрацією.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула в мікропрепараті не представлена. Ниркові клубочки різновеликі; їх капілярні петлі нерівномірно кровонаповнені. У просвітах капсул деяких клубочків визначаються пухкі, блідо пофарбовані, еозинофільні маси (первинна сеча). Місцями візуалізуються поодинокі склерозовані клубочки. У деяких ниркових клубочках визначається фіброз зовнішнього листка капсули Шумлянського – Боумена. Епітелій звивистих ниркових каналців набряклий, з еозинофільною цитоплазмою; структура цитоплазми неоднорідна – місцями зерниста, місцями вакуолізована. Контури ядер епітелію каналців проглядаються не завжди чітко, місцями не проглядаються зовсім. Просвіти ниркових каналців вузькі. У стромі нирки місцями візуалізуються лімфогістіоцитарні інфільтрати, з домішкою фібробластів; у цих ділянках паренхіма нирки атрофована. У просвітах деяких ниркових каналців – гіалінові циліндри. Строма мозкової речовини набрякла. Внутрішньониркові артерії недовкривні, стінки артерій дрібного калібру потовщені, гіалінізовані; вени повнокровні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені.

Результат патогістологічного дослідження *хробакоподібного відростка № 5368-9/20* від 15.04.20 (1 зріз) – у просвіті хробакоподібного відростка – зернисті маси з базофільним відтінком, із домішкою десквамованих епітеліальних клітин. У товщі слизової оболонки відростка – дифузна лімфоцитарна інфільтрація, з домішками макрофагів, без формування лімфоїдних фолікулів. Визначається дисконкомплексація крипт. М'язова оболонка

стілки хробакоподібного відростка розпушена внаслідок розширення стромальних щілин (непряма ознака набряку тканини), з дифузною лімфоцитарною інфільтрацією, з формуванням мікроабсцесів. З боку серозного покриву відростка визначаються масивні розростання молоді сполучної тканини, з густою запальною інфільтрацією (клітинний склад інфільтрату представлений макрофагами, лімфоцитами, плазматичними клітинами). На одному з країв стінки відростка візуалізуються фрагменти жирової тканини (тканина брижі) з дифузною змішаноклітинною запальною інфільтрацією. Судини брижі нерівномірно кровонаповнені.

Очеревина (1 зріз) – у мікропрепараті фрагмент фіброзно-жирової тканини. На поверхні сполучної тканини масивні накладення фібрину з густою запальною інфільтрацією, клітинний склад якої представлений переважно нейтрофілами, багато з яких у стані розпаду. Місцями у товщі сполучної тканини візуалізуються дрібновогнищеві крововиливи. Візуалізовані в товщі досліджуваної тканини судини нерівномірно кровонаповнені – артерії недокривні, вени нерівномірно кровонаповнені. У товщі жирового прошарку візуалізуються вогнищеві периваскулярні лімфомакрофагальні інфільтрати.

Задача 16

Основні дані протоколу розтину № 16.

Лікувальний заклад – онкологічний диспансер.

Направлений до стаціонару в плановому порядку.

Відділення – онкохірургічне № 2.

Історія хвороби № 987. Вік – 61 рік, водій.

Госпіталізований – 18.04.2020 р. о 10:30.

Помер – 24.04.2020 р. о 00:25.

Дата розтину – 24.04.2020 р. о 10:30.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий у плановому порядку госпіталізований до онкохірургічного відділення № 2 на оперативне лікування через новоутворення вихідного відділу шлунка. З анамнезу: за медичною допомогою звернувся близько 1 місяця тому. Під час ФГДС виявлено новоутворення у вихідному відділі шлунка, субкомпенсований стеноз. Результат гістологічного дослідження – аденокарцинома G₂. Хворий 20.04.2020 р. прооперований: лапаротомія, накладання гастроентероанастомозу з міжкишковим анастомозом за Брауном, біопсія отвору чепця. Але на тлі гострої серцево-легеневої недостатності настала смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп чоловіка правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині – темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді, з синюшним відтінком. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 0,8 см. На передній черевній стінці, по середній лінії черева – післяопераційна рана довжиною 16 см, накладено 14

спроможних швів. Плевральні порожнини без патологічних скупчень, їх серозні покриви гладкі, вологоблискучі. Діафрагма блідо-сіра. Черевна порожнина: патологічних скупчень не виявлено; очеревина гладка, тьмяна із вираженою ін'єкцією судин, з дрібними сіро-жовтими ущільненнями без чітких контурів діаметром 0,5–1,5 см.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6,0 см х 5,5 см х 2,0 см. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виражено виступать. Язик обкладений сірими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору. Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками, світло-сіра, з вогнищевими крововиливами. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизіві оболонки гортані і трахеї, а також у ділянці голосових зв'язок рожевого кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї – піниста рідина і небагато слизу. Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 25,0 см х 14,0 см х 8,0 см. Поверхня розрізу легенів сіро-рожевого кольору. На цьому тлі визначаються поодинокі утвори округлої форми діаметром 0,5–1,5 см, щільні на дотик, на розрізі сірого кольору. З поверхні розрізу легенів стікає великою кількістю червона піниста рідина. У просвіті великих бронхів – слиз і незначна кількість рідини, забарвлена кров'ю. Просвіти бронхів не розширені, стінки їх потовщені в ділянці кореня легенів, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я». У головному стовбурі легеневої артерії – рідка кров.

Серце розміром 12,0 см х 8,0 см х 5,5 см. У порожнині перикарда – близько 20 мл прозорої рідини жовтого

кольору. Епікард блискучий. Під ним – незначні жирові накопичення. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,3 см, лівого – 1,6 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка дещо потовщені, на розрізі темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. Небагато рідкої крові в порожнині правого шлуночка. На розрізі м'яз стінки лівого шлуночка коричневого кольору, пронизаний дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно звапнілі. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений до 50 %, за рахунок пристінкового відкладення атеросклеротичних бляшок. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всій довжині жовтого кольору і покрита великою кількістю ліпідних смуг, плям і фіброзних бляшок білого і жовтого кольорів розміром від 0,4 см x 0,5 см до 1,2 см x 1,8 см.

Шлунок помірно роздутий. Слизова оболонка блідо-сірого кольору з множинними підслизовими дрібноточковими крововиливами, складки згладжені. У порожнині шлунка – невелика кількість рідкого вмісту сірого кольору з неприємним запахом. Слизова 12-палої кишки з численними підслизовими дрібноточковими крововиливами, стінка її потовщена до 1,2 см. У вихідному відділі шлунка міститься новоутворення неправильної форми розміром 10,5 см x 5,0 см x 5,0 см. Стінка шлунка на місці новоутворення потовщена від 0,7 см до 1,0 см, слизова оболонка практично згладжена, на розрізі білувато-сірого кольору, щільна на дотик. На периферії новоутворення розміщується виразковий дефект діаметром 0,8 см, глибиною 0,3 см, дно виразки бугристе, сірого кольору, краї щільні у вигляді валика. Шви накладеного гастроентероанастомозу та міжпетельного анастомозів стійкі. Петлі тонкої та товстої кишок дещо роздуті, слизова

оболонка блідо-червоного кольору, серозна оболонка блискуча. Слизова оболонка тонкої і товстої кишок помірно складчаста.

Печінка розміром 26,0 см x 19,0 см x 14,5 см x 8,0 см. Поверхня її гладка. Капсула прозора тонка, на розрізі коричневого кольору, з жовтуватим відтінком, на дотик помірно щільна. У паренхімі печінки візуалізуються множинні ущільнення світло-сірого кольору від 0,7 см x 0,5 см до 1,5 см x 2,2 см. Жовчні шляхи прохідні. У жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч та конкременти 0,8 см x 0,8 см та 1,0 см x 1,0 см. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза розміром 19,2 см x 4,5 см x 2,5 см, щільна, повнокровна, на розрізі з великим малюнком часточок, сіро-жовтого кольору. У ділянці хвоста візуалізується кістозний утвір 10,0 см x 8,0 см (із щільними стінками, світло-жовтим мутним умістом), що прилягає до селезінки.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 5,0 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 11,0 см x 6,0 см x 5,5 см, права – 11,5 см x 5,5 см x 4,5 см. На розрізі нирки блідо-червоні, помірно щільні на дотик, малюнок збережений, межі шарів не чіткі. Капсула нирок знімається легко, поверхня їх гладка. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна.

Сечовий міхур порожній. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка розміром 10,0 см x 5,0 см x 4,0 см. Капсула напружена. З поверхні розрізу зіскоблюється кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна, світло-сірого кольору, субкапсулярно візуалізується ущільнення

сірого кольору 0,6 см x 0,7 см. Лімфатичні вузли грудної порожнини не збільшені. У черевній порожнині по великій кривизні шлунка у великому чепці та воротах селезінки візуалізуються лімфатичні вузли діаметром до 1,0 см, сірого кольору, щільної консистенції.

Кістки черепа звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка не напружена, з помірним повнокрів'ям судин. М'які мозкові оболонки прозорі, набряклі, помірно повнокрівні. Синуси твердої мозкової оболонки вільні, містять рідку кров. При виділенні головного мозку – помірна кількість рідини. Борозни півкуль головного мозку звичайної глибини, не згладжені. Межа між сірою і білою речовинами чітка. Структура речовини збережена, на розрізі – речовина головного мозку блискуча, помірно повнокровна, звичайної вологості. Бічні шлуночки не розширені, епендима їх блискуча, в просвіті – незначна кількість серозної рідини. Судинне сплетення блискуче. Мозочок звичайної будови. Стінки артерій основи головного мозку потовщені рівномірно, не прозорі; просвіт їх широкий, вільний, заповнений рідкою кров'ю.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Легені (1 зріз) – плевра в мікропрепараті не представлена. У тканині легені ділянки дистелектазу (у стані неповного ателектазу, зі зниженою пневматизацією) чергуються з ділянками емфізематозного здуття. Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку; в ділянках емфіземи міжальвеолярні перегородки стоншені і розірвані, водночас краї багатьох розірваних стінок альвеол мають булавоподібні потовщення. У деяких ділянках дослідження у тканині легені візуалізуються вогнища гнійного запалення: в цих ділянках просвіти альвеол заповнені щільними скупченнями нейтрофілів із домішкою

макрофагів. Просвіти бронхіол містять гнійний ексудат, представлений щільними скупченнями нейтрофілів із домішкою десквамованої епітеліальної вистілки слизової оболонки бронхіол. Судини проміжної тканини та капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні. Місцями реєструється діapedез еритроцитів у товщу міжальвеолярних перегородок і в просвіті альвеол. У багатьох ділянках дослідження, у просвітах лімфатичних судин, визначаються комплекси пухлинних клітин з яскраво вираженими проявами клітинної атипії – ракові тромбоемболи. В оточуючій тканині візуалізується ріст пухлинної тканини у вигляді різновеликих комплексів пухлинних клітин. У клітинах пухлини яскраво виражені прояви клітинної атипії (клітини різного розміру, з поліморфними гіперхромними ядрами; визначаються множинні патологічні мітози, реєструються гігантські клітини, зокрема, і багатоядерні). У деяких ділянках дослідження клітинні комплекси формують залозисто-подібні структури.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий; під ним візуалізується тонкий прошарок субепікардіальної жирової тканини. Візуалізовані в товщі субепікардіальної жирової тканини судини мікроциркуляторного русла повнокровні. Міокард дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. М'язові волокна міокарда місцями стоншені, хвилеподібно деформовані. У стромі міокарда визначаються периваскулярні ніжно-волокнисті розростання сполучної тканини. Інтрамуральні артерії нерівномірно кровонаповнені; вени повнокровні.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити набрякли із зернистою

еозинофільною цитоплазмою. Місцями, переважно у III ацинарних зонах печінки (по периметру центральних вен), візуалізуються гепатоцити, цитоплазма яких містить пилоподібний пігмент коричневого кольору. Ядра гепатоцитів округлої форми, контури їх ядер проглядаються чітко. Синусоїди повнокровні, з найбільш вираженим кровонаповненням у III ацинарних зонах печінки. Центральні вени та вени порталних трактів повнокровні; артерії триад нерівномірно кровонаповнені. Строма порталних трактів компактна; з помірно і нерівномірно вираженою лімфогістіоцитарною інфільтрацією. По краю мікропрепарата в тканині печінки візуалізується ріст пухлини у вигляді ланцюжків і залозистих структур, з яскраво вираженими проявами клітинної атипії (клітини пухлини поліморфні, з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, ядра клітин поліморфні, гіперхромні).

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула щільно прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки дещо зменшені в розмірах унаслідок недокрів'я й колапсу їх капілярних петель. Просвіти капсул ниркових клубочків здебільшого вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових каналців із зернистою еозинофільною цитоплазмою. Контури ядер епітелію звивистих ниркових каналців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти багатьох ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини нирки набрякла. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені, стінки артерій дрібного калібру потовщені, фіброзовані; вени нерівномірно кровонаповнені, з переважним кровонаповненням у юкстамедулярній зоні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла недокрівні.

Селезінка (1 зріз) – капсула нерівномірної товщини, щільно прилягає до тканини селезінки; в ділянці

потовщення капсула гіалінізована. Поділ на червону і білу пульпи в гістоструктурі селезінки простежується чітко. Біла пульпа представлена острівковими щільними скупченнями лімфоцитів, що оточують центральні артерії. В одному з полей зору в тканині селезінки візуалізується ріст пухлини у вигляді залозистих структур, з яскраво вираженими проявами клітинної атипії (клітини пухлини поліморфні, з високим ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, із гіперхромними поліморфними ядрами). Синуси червоної пульпи повнокровні. Стінки центральних артерій потовщені, гіалінізовані; просвіти їх вузькі, крові не містять. Трабекулярні судини з помірним кровонаповненням.

Стінка шлунка (1 зріз) – в досліджуваному фрагменті тканини, на переважній площі дослідження, реєструється патологічна тканина у вигляді різновеликих комплексів пухлинних клітин. У клітинах пухлини яскраво виражені прояви клітинної атипії – клітини різновеликі, з поліморфними гіперхромними ядрами; визначаються множинні патологічні мітози, реєструються гігантські клітини. У багатьох полях зору клітинні комплекси формують залозистоподібні структури. Серед комплексів пухлинних клітин візуалізуються широкі прошарки фіброзної і жирової тканин. Візуалізовані у структурі пухлини судини нерівномірно кровонаповнені, з більш вираженим кровонаповненням судин венозного русла.

Лімфатичний вузол чепця (1 зріз) – малюнок лімфатичного вузла тотально порушений. У досліджуваній тканині, на всій площі дослідження, візуалізується пухлинна тканина з добре вираженою фіброзованою строюю. Гістоструктура пухлини має залозистий тип будови. У клітинах пухлини визначаються яскраво виражені прояви атипії – поліморфізм клітин і їх ядер, високе ядерно-цитоплазматичне співвідношення,

множинні патологічні мітози. Зовні пухлини візуалізується широкий масив фіброзної тканини. Внутрішньотканинні судини нерівномірно кровонаповнені, з більш вираженим кровонаповненням вен. В оточуючій жировій тканині – нерівномірно виражена лімфомакрофагальна інфільтрація.

Задача 17

Основні дані протоколу розтину № 17.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлена до стаціонару каретою швидкої допомоги.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 1529. Вік – 82 років, пенсіонер.

Госпіталізований – 02.07.2020 р. о 17:20.

Помер – 02.07.2020 р. о 17:40.

Дата розтину – 03.07.2020 р. о 8:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Упродовж останніх днів турбували виражені болі у животі та здуття живота. Майже нічого не їв останні дні, проживав один. Карету швидкої допомоги викликала сусідка (знайшла без свідомості). Був оглянутий черговим хірургом та анестезіологом. Під час госпіталізації загальний стан пацієнта дуже тяжкий. Без свідомості. Під час огляду в приймальному відділенні настало припинення серцевої і легеневої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали. Констатовано біологічну смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп чоловіка похилого віку, правильної статури, задовільного харчування. Товщина підшкірно-жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 3,0 см. Шкірні покриви і слизові оболонки губ, склер, повік чисті, бліді. Катетеризована права підключична вена. Трупне залякання виражене задовільно. Трупні плями темно-багряного кольору, розміщені на задній поверхні тулуба й кінцівок. Грудна клітка, хребет не деформовані. Дрібні та великі суглоби звичайної конфігурації, не деформовані. Живіт звичайної форми, роздутий.

Плевральні порожнини вільні від патологічних скупчень; плевра гладка, блискуча, повнокровна. Діафрагма блідо-сіра. У черевній порожнині – до 3,0 л мутної сірої рідини з домішками фібрину. Очеревина тьмяна, повнокровна, з ін'єкцією судин та нашаруваннями фібрину.

Слизова оболонка гортані, трахеї, головних, часточкових бронхів гладка, блискуча, в просвіті – незначна кількість слизу. Легені розміром 25,0 см x x 14,5 см x 8,5 см. На розрізі легенева тканина різко повнокровна, набрякла. З поверхні розрізів, особливо нижніх часток, стікає велика кількість червоної пінявої рідини. Просвіти бронхів розширені, стінки їх потовщені, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я». Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору.

У порожнині перикарда – 30 мл прозорої рідини. Листки перикарда гладкі, волого-блискучі. Серце розміром 12,0 см x 7,0 см x 6,5 см. Епікард блискучий, під ним помірні відкладення жиру. Товщина стінки правого шлуночка – 0,6 см; лівого – 2,2 см. Ендокард пристінковий гладкий, волого-блискучий. Стулки клапанів аорти, легеневої артерії, мітрального, тристулкового клапанів не деформовані, гладкі, волого-блискучі, поверхня їх гладка. Порожнина лівого шлуночка і передсердя не розширені, містять рідку кров і її рихлі згортки. Небагато рідкої крові в порожнині правого шлуночка. Міокард щільний на дотик, коричневого кольору з дифузними дрібними, сіро-білими прошарками фіброзної тканини. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, нерівномірно звапнілі. Просвіт їх на поперечних розрізах нерівномірно звужений. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти (дуга, висхідний, низхідний, черевний відділи), верхньо-,

нижньобрижових, ниркових, клубових артерій із численними атеросклеротичними бляшками білого і жовтого кольорів розміром від 0,3 см x 0,5см до 1,8 см x x 2,5 см. У центрі частина бляшок вкрита виразками, заповненими кашкоподібним вмістом, тромботичними нашаруваннями, навколо яких є відкладення вапняних солей. У просвіті мезентеріальних судин тромботичні маси темно-червоного кольору.

Слизова оболонка язика ціанотична, сосочки не згладжені, із сіро-білими нашаруваннями. Слизова оболонка зівя, глотки не набрякла, ціанотична. Мигдалики не збільшені, сірого кольору. Стравохід не звужений, слизова оболонка його блідо-сіра, поздовжньо-складчаста. Шлунок помірно роздутий, складки слизової оболонки помірно і рівномірно виражені; слизова оболонка блідо-сірого кольору з дрібними множинними крововиливами. Кардіальний і пілоричний відділи шлунка прохідні. У просвіті шлунка – рідкий уміст сірого кольору з кислим запахом. Слизова оболонка 12-палої кишки гіперемована, складчаста. Петлі тонкого та товстого кишківника роздуті, багрового, місцями чорного кольору, сероза тьмяна, з нашаруваннями фібрину.

Печінка розміром 22,0 см x 14,0 см x 10,0 см x 9,5 см, помірно щільна на дотик, поверхня печінки гладка. На розрізі нагадує малюнок «мускатного горіха». Жовчні шляхи прохідні, містять темно-оливкову жовч. Жовчний міхур звичайної форми і розмірів. Серозний покрив його гладкий, блискучий. Слизова оболонка дрібно-ворсинчаста, в порожнині – темно-оливкова жовч.

Підшлункова залоза розміром 19,0 см x 3,5 см x x 2,5 см, не деформована. Паренхіма середньочасточкова, з помірними розростаннями фіброзної

тканини, сіро-жовта. Вірсунгова протока не звужена, містить бліду рідину.

Селезінка розміром 9,0 см x 6,0 см x 5,3 см, щільна, капсула гладка, світло-сірого кольору, пульпа соковита, темно-червоного кольору. Зіскрібок із поверхні розрізу помірний. Селезінкова вена містить кров. Лімфатичні вузли периферичні, грудної та черевної порожнин не збільшені, однорідносірі, не спаяні між собою і оточуючими тканинами.

Паранефральна жирова клітковина значно розвинена. Жирові капсули не спаяні з фіброзними. Нирки не збільшені, розміром 12,2 см x 5,5 см x 4,0 см. На розрізі – нирки темно-червоні, щільні, фіброзні капсули знімаються легко, поверхня їх із множинними втягненнями. Кірковий шар блідо-сірий. Пірамідки темно-червоні, повнокровні, шари диференціюються виразно. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів блідо-синюшна.

Надниркові залози не збільшені, коричнево-жовтого кольору. Межа між шарами добре виражена. Щитоподібна залоза не збільшена, щільно-еластична, на розрізі – однорідна, м'ясиста, не спаяна з оточуючими органами. Паращитоподібні залози не збільшені, щільні, сіро-рожевого кольору, розміщені на капсулі щитоподібної залози. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою тканиною.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка дещо напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножем з її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку потовщені. У шлуночках дещо підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів

простежуються у великій кількості червоні точки, які легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки розпушені (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини повнокровні. Пошарова будова кори головного мозку збережена. У корі головного мозку визначаються нейрони, змінені за ішемічним типом та нейрони у стані тяжких змін. Перипелюлярні простори значно розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені з більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори значно розширені.

Легені (1 зріз) – плевра значно потовщена, фіброзована. У товщі плеври визначається нерівномірної щільності лімфогістіоцитарна інфільтрація і відкладення зерен пігменту чорного кольору. Субплеврально визначаються ділянки фіброзних змін тканини легенів з нерівномірною щільністю лімфогістіоцитарного інфільтрату та відкладеннями в цих ділянках зерен пігменту чорного й бурого кольорів. Поряд з описаними змінами тканина легенів у стані дистелектатазу (у стані неповного ателектазу зі зниженою пневматизацією). Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку, у деяких полях зору міжальвеолярні перегородки розірвані. Просвіти альвеол вузькі, деякі з них містять десквамовані альвеолоцити, в просвітах інших альвеол візуалізуються макрофаги, цитоплазма яких містить пігмент бурого кольору (гемосидерофаги). Бронхи із склеротичними змінами у стінці, лімфомакрофагальною інфільтрацією. Судини

проміжної тканини повнокровні; капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні. У деяких полях зору документуються периваскулярні фіброзні зміни тканини легені з відкладеннями в товщі фіброзної тканини грудочок пігменту чорного кольору.

Серце (1 зріз) – епікард без патологічних змін, під ним візуалізується незначна кількість субепікардіальної жирової тканини з недокрівними судинами. Міокард компактний, дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. М'язові волокна міокарда в багатьох полях зору фрагментовані внаслідок дисоціації кардіоміоцитів. У стромі міокарда та периваскулярно визначаються тяжисті розростання сполучної тканини. Інтрамуральні артерії недокрівні, артеріоли спазмовані; вени нерівномірно кровонаповнені. Місцями у стромі міокарда візуалізуються дрібновогнищеві діapedезні крововиливи.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. Балково-радіарна структура печінки збережена. Гепатоцити набряклі, із зернистою еозинофільною цитоплазмою; ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. Синусоїди повнокровні, з найбільш вираженим кровонаповненням у центральних відділах печінкових часточок (у цих ділянках синусоїди розширені, печінкові балки дисконкомплексовані, а складові їх – гепатоцити з явищами гіпо- і атрофії). Центральні вени повнокровні; вени портальних трактів повнокровні; артерії триад недокрівні. Строма портальних трактів фіброзована.

Нирка (1 зріз) – ниркові клубочки колабовані; їх капілярні петлі недокрівні. Просвіти капсул клубочків широкі, здебільшого вільні (оптично порожні). Епітелій

звивистих ниркових каналців із вакуолізованою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію каналців проглядаються не чітко, місцями не проглядаються взагалі. Просвіти ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма мозкової речовини набрякла. Внутрішньониркові артерії недокрівні, вени повнокровні; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла різко повнокровні з переважною локалізацією в екстрамедулярній зоні.

Товста кишка (1 зріз) – слизова оболонка товстої кишки з нерівномірною щільністю запального (переважно лейкоцитарного) інфільтрату. На великій ділянці дослідження тканина слизової оболонки некротизована. Судини мікроциркуляторного русла власної пластинки слизової оболонки повнокровні, з еритро- і лейкостазами. У товщі слизової оболонки візуалізуються вогнищезовливі периваскулярні крововиливи. Гістоструктура м'язової оболонки з нерівномірною щільністю запального (переважно лейкоцитарного) інфільтрату, вогнищезо некротизована. На поверхні серозного покриву товстої кишки візуалізується накладення фібринозно-гнійного ексудату.

Задача 18

Основні дані протоколу розтину № 18.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлений до стаціонару каретою швидкої допомоги.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 1478. Вік – 19 років, студент.

Госпіталізований – 14.03.2020 р. о 17:20.

Помер – 18.03.2020 р. о 00:10.

Дата розтину – 18.03.2020 р. о 9:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Мешканець сільської місцевості. З дитинства страждає на запори (між самостійними актами дефекації проходили цілі тижні). За медичною допомогою не звертався. Раптово з'явився сильний біль у животі. Під час огляду хірургом живіт збільшений у розмірах, болючий під час пальпації. У нижній частині живота пальпується новоутворення діаметром до 20 см. Рентгенологічно: наявна зона відносного звуження дистальної частини товстої кишки, що змінюється різким воронкоподібним розширенням просвіту сигмоподібної кишки проксимальніше. Хворий в ургентному порядку прооперований. Незважаючи на проведене хірургічне (серединна лапаротомія, резекція сигмовидної кишки з анастомозом «бік у бік», трансназальна інтубація товстої кишки, дренажування черевної порожнини) і медикаментозне лікування настало припинення серцевої і легеневої діяльності. Реанімаційні заходи ефекту не дали. Констатовано біологічну смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Розтину підлягав труп молодого чоловіка правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражено задовільно. Відзначається

пастозність гомілок. На спині – темно-червоні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки бліді. На передній черевній стінці, по середній лінії черева, розміщується післяопераційна рана (середина лапаротомія) довжиною 18 см, накладено 15 спроможних швів. Черевна порожнина дренована двома рукавичними дренажами в здухвинних ділянках. Катетеризований сечовий міхур, газовідвідна трубка в прямій кишці. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки – 1,5 см. Очеревина гладенька, блискуча, синюшна. У черевній порожнині міститься близько 500 мл мутної рідини сіро-жовтого кольору. У плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявлено; плевра гладка, блискуча, повнокровна.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки 6,0 см х 5,0 см х 2,0 см. Паращитоподібні залози діаметром 0,6 см. Вилочкова залоза атрофована, заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика ціанотична із сосочками, що виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Мигдалики не збільшені, на розрізі – синюшні. Слизова оболонка глотки блідо-червоного кольору.

Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками. Стравохід на всій довжині прохідний.

Слизові оболонки гортані і трахеї темно-червоного кольору із синюшним відтінком. У просвіті трахеї – пінява рідина і небагато слизу.

Легені на дотик однорідної м'якої консистенції розміром 27,0 см х 16,0 см х 10,5 см, маса правої легені – 500 г, лівої – 450 г. Поверхня розрізу легенів блідо-рожевого кольору, в нижніх відділах – темно-червоного кольору. З поверхні розрізу стікає велика кількість червоної пінявої рідини. В просвіті великих бронхів – слиз

і незначна кількість рідини, забарвленої кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-червоного кольору. Стінки бронхів у ділянці коренів легенів дещо потовщені.

Серце розміром 11,0 см х 9,0 см х 5,5 см, маса – 330 г. Епікард блискучий. Під ним помірні жирові накопичення. Клапани серця тонкі, блискучі, хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,5 см, лівого – 1,5 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові. М'яз стінки лівого шлуночка в'ялий на дотик, глинистого вигляду. Коронарні артерії серця під епікардом звивисті. Просвіт їх на поперечних розрізах не звужений. Внутрішня оболонка судин не потовщена. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтуватого кольору, гладка, блискуча.

Шлунок помірно роздутий. Слизова оболонка блідо-сірого кольору з дрібноточковими крововиливами та дрібними ерозіями, складчаста. У порожнині шлунка – невелика кількість рідкого вмісту з кислим запахом. Дванадцятипала кишка не змінена, слизова оболонка її блідо-червона, складчастість виражена. Петлі тонкої і товстої кишок роздуті. Серозна оболонка гладка, блискуча, повнокровна; слизова оболонка їх блідо-рожева, в просвіті петель кишок рідкий каловий уміст. Проведена резекція сигмоподібної кишки, накладений анастомоз між низхідним відділом ободової кишки та ректосигмоїдним відділом прямої кишки «бік у бік». Анастомоз прохідний, шви спроможні.

Печінка розміром 25,0 см х 16,0 см х 13,5 см х 10,0 см, маса – 1 570 г. Поверхня її гладка. Капсула прозора, тонка. На розрізі – тканина печінки коричневого кольору, на дотик помірно щільна. Жовчні ходи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч. Його слизова оболонка бархатистого вигляду.

Підшлункова залоза розміром 18,6 см x 3,8 см x 2,5 см, маса – 110 г, на розрізі з великим малюнком часток, сірого кольору.

Надниркові залози листоподібної форми розміром 4,0 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: права – 11,3 см x 5,5 см x 4,5 см, маса – 135 г, ліва – 11,5 см x 5,5 см x 4,3 см, маса – 145 г. На розрізі – нирки блідо-червоні, малюнок збережений, межі шарів чіткі, набряк паренхіми. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладенька. Слизова оболонка ниркових мисок та сечоводів блідо-сірого кольору.

Сечовий міхур містить близько 70 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчата.

Селезінка розміром 10,0 см x 8,0 см x 6,0 см, маса – 110 г. Капсула не напружена. З поверхні розрізу зіскрібається невелика кількість крові темно-вишневого кольору. Лімфатичні вузли грудної і черевної порожнин не збільшені.

Кістковий мозок грудини на розпилі червоний, соковитий, кістковий мозок середньої третини правого стегна жовтий. Суглоби та хребет не розтиналися.

Кістки черепа цілі, звичної товщини. Тверда мозкова оболонка напружена, легко знімається, м'яка – з набряком, кров'янисто-волога, блискуча. Під час прогладжування ножом з її поверхні стікає значна кількість кров'янистої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках декілька підвищена кількість кров'янистої рідини. Епендима прозора. Тканина мозку тістуватої консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступає велика кількість червоних крапок, що легко змиваються. Гіпофіз звичного розміру,

повнокровний на розрізі. Синуси твердої мозкової оболонки містять темну рідку кров.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки в мікропрепараті не представлені. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів кори головного мозку переважають нейрони, змінені за ішемічним типом (нервові клітини трикутної або незграбної форми, їх цитоплазма гомогенна, бліда, місцями – склоподібна, їх ядра також незграбні, нерідко витягнуті в довжину, гіперхромні, ядерця невиразні). Периперіцелюлярні простори значно розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені, з більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори розширені.

Легені (1 зріз) – плевра тонка, компактна, щільно прилягає до тканини легені. Тканина легені на переважній площі дослідження малоповітряна внаслідок заповнення багатьох груп альвеол гомогенними еозинофільними масами. Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиційного набряку. У просвітах багатьох альвеол визначаються пристінково розміщені, гомогенні, оптично щільні, еозинофільні маси (гіалінові мембрани). Судини проміжної тканини здебільшого малокровні; капіляри міжальвеолярних перегородок нерівномірно кровонаповнені.

Результат патогістологічного дослідження *сигмоподібної кишки* № 8367-76/20 від 18.03.20 (1 зріз) – у мікропрепараті візуалізується стінка сигмоподібної кишки. Слизова оболонка дисконкомплексована і десквамована, імбібована меконієм. Підслизовий шар місцями нерівномірно потовщений із розростанням сполучної тканини, набряклий, повнокровний, із тромбозом судин,

геморагічним просяканням та вогнищевими змішаноклітинними інфільтратами. М'язові волокна нерівномірно потовщені, місцями стоншені, повнокровні. Візуалізується відсутність гангліозних клітин (агангліоз) у ділянці Plexus submucosus (сплетення Мейснера) та в ділянці Plexus myentericus (сплетення Ауербаха). Нервові волокна висхідного парасимпатичного нерва гіперплазовані. Серозний шар набряклий, повнокровний. Інтрамуральні судини нерівномірно кровонаповнені з більш вираженим кровонаповненням вен.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула тонка, місцями пухко прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки зменшені в розмірах унаслідок недокрів'я і колапсу їх капілярних петель. Просвіти капсул ниркових клубочків широкі, здебільшого вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових канальців із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію канальців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти багатьох ниркових канальців містять зернисті еозинофільні маси. Строма інтактна. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені; вени нерівномірно кровонаповнені; судини міжканальцевого мікроциркуляторного русла недокрівні.

Серце (1 зріз) – епікард у мікропрепараті не представлений; на зовнішній поверхні міокарда візуалізується незначна кількість субепікардіальної жирової тканини з повнокровними судинами. Міокард компактний, місцями дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою; саркоплазма багатьох кардіоміоцитів (переважно в субендокардіальному відділі) вакуолізована. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. М'язові волокна міокарда місцями стоншені, хвилеподібно деформовані.

Ендокард потовщений унаслідок розростання у його товщі сполучнотканинних волокон (більш виразно розростання сполучнотканинних волокон реєструються в мікропрепаратах, забарвлених за методом ван Гізона). Ендотеліальна вистілка ендокарда на всій ділянці дослідження десквамована. Місцями, в товщі ендокарда, візуалізуються дрібновогнищеві запальні інфільтрати, клітинний склад яких представлений переважно макрофагами і лімфоцитами. Місцями реєструється поширення інфільтратів і в строму субендокардіального відділу міокарда. Інтрамуральні артерії нерівномірно кровонаповнені; вени із широкими просвітами і вираженим повнокров'ям.

Задача 19

Основні дані протоколу розтину № 19.
Лікувальний заклад – обласна лікарня.
Направлена до стаціонару в ургентному порядку.
Відділення – хірургічне.
Історія хвороби № 3817. Вік – 34 роки, доярка.
Госпіталізована – 09.10.2020 р. о 06:40.
Померла – 10.10.2020 р. о 10:12.
Дата розтину – 11.10.2020 р. о 08:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хвора в ургентному порядку каретою швидкої допомоги доставлена до хірургічного відділення з болями в животі, що виникли раптово вночі, загальною слабкістю. Упродовж останніх трьох місяців скаржилася на дискомфорт у животі, здуття, субфебрильну температуру тіла, нічну пітливість. Стан прогресивно погіршувався. Самостійно лікувалася вдома. Оглянута черговим хірургом. Ургентно проведено лапароцентез та дренивання черевної порожнини. Призначено медикаментозну терапію. Лікування ефекту не дало. У післяопераційному періоді раптово настало припинення серцевої діяльності. Констатовано біологічну смерть.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Труп молодой жінки правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині – зливні темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки з жовтяничним відтінком. Черевна порожнина дренована в правій здухвинній ділянці гумово-трубчастим дренажем із фіксацією до шкіри вузловими швами (стан після лапароцентезу з дрениванням черевної порожнини).

Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої черевної стінки 1,0 см в ділянці грудної клітки – 0,5 см. Підшкірно-жирова клітковина вохряно-жовтого кольору. Очеревина гладка, тьмяна, рожево-сіра з множинними дрібноточковими крововиливами. У черевній порожнині міститься 500 мл рідини сіро-жовтого кольору. У лівій та правій плевральних порожнинах виявляється спайковий процес.

Щитоподібна залоза на розрізі червоного кольору, розмір кожної частки – 4,2 см x 4,0 см x 2,0 см, маса – 25 г. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см, маса – 0,6 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що виражено виступають. Язик обкладено сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка глотки блідо-рожевого кольору. Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками, світло-сірого кольору. Стравохід на всій довжині прохідний. Слизова оболонка трахеї і бронхів темно-червоного кольору з дещо синюшним відтінком. У просвіті трахеї пінява рідина червоного кольору і небагато слизу. Легені на дотик м'які. З поверхні розрізу, особливо нижніх часток, стікає червона пінява рідина. У просвіті великих бронхів – слиз. Стінки бронхів у ділянці коренів легень потовщені, на розрізах виступають у вигляді «гусячого пір'я».

Серце конічної форми, в'яле, розмірами 12,0 см x 10,0 см x 5,0 см, маса – 280 г. Епікард блискучий. Під ним незначні жирові накопичення. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка 0,6 см, лівого – 1,6 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині лівого шлуночка темно-червоні згустки крові, небагато рідкої крові в порожнині правого шлуночка. Стінка лівого

шлуночка в'яла на дотик, міокард на розрізі глинистого вигляду. У порожнині перикарда близько 20 мл рідини жовтого кольору. Вінцеві артерії серця під епікардом звиті, контурують. Просвіт їх на поперечних розрізах не звужений. Внутрішня оболонка судин не потовщена. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору і покрита невеликою кількістю бляшок жовтого кольору розміром 0,5 см x 0,5 см.

Шлунок помірно роздутий, складки слизової оболонки помірно і рівномірно виражені. Слизова оболонка бліда з множинними дрібними крововиливами та ерозіями. У порожнині шлунка невелика кількість рідкого вмісту з кислим запахом. Петлі кишківника роздуті; серозна оболонка тьмяна з дрібними крововиливами та нашаруваннями фібрину білясто-сірого кольору. На петлях тонкого кишківника виявляються поодинокі дрібні горбки білясто-сірого кольору. В ілеоцекальній ділянці виявлено виразковий дефект із прикритим петлями кишківника перфоративним отвором довжиною до 0,5 см. Слизова оболонка товстої кишки помірно складчаста, у просвіті вміст, що відповідає анатомічним відділам.

Печінка розміром 28,0 см x 20,0 см x 14,0 см x 9,0 см, маса – 1 600 г. Поверхня її гладка. Капсула прозора, тонка. На розрізі тканина печінки коричнево-жовтого кольору, на дотик дещо в'яла. Жовчні шляхи прохідні.

Підшлункова залоза розміром 20,0 см x 3,5 см x 2,5 см, маса – 110 г, сіро-жовта, щільна на дотик, повнокровна, на розрізі з великим малюнком часточок.

Надниркові залози листоподібної форми масою 12 г, розміром 5,0 см x 3,0 см x 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: права – 10,5 см x 4,5 см x 3,5 см, маса – 140 г; ліва – 10,0 см x 4,5 см x 3,5 см, маса – 135 г. На розрізі –

нирки блідо-червоні, помірно щільні на дотик, малюнок збережений, межі шарів не чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладка. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, тьмяна, сечоводів блідо-синюшна. Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка розміром 14,0 см x 9,0 см x 5,0 см, маса – 180 г. Капсула напружена. З поверхні розрізу зіскрібається кров темно-вишневого кольору. Тканина селезінки щільна. Лімфатичні вузли грудної порожнини не збільшені. У черевній порожнині у брижі тонкої та сліпої кишок візуалізуються лімфатичні вузли до 1,0 см x 1,5 см, сіро-жовтого кольору, з сухими крихкоподібними масами.

Кістки черепа цілі, звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка декілька напружена, легко знімається, м'яка – волога, блискуча. Під час прогладжування ножом з її поверхні стікає значна кількість прозорої рідини. Судини основи мозку не потовщені. У шлуночках декілька підвищена кількість прозорої серозної рідини. Епендима прозора. Речовина мозку тістуватої консистенції, біла і сіра речовини добре розмежовані. На поверхні розрізів виступають у великій кількості червоні крапки, які легко змиваються. Гіпофіз звичайного розміру, повнокровний на розрізі. Тканина мозочка звичайного малюнка. Синуси твердої мозкової оболонки містить темну рідку кров. Порожнини середнього вуха з обох боків чисті.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки нерівномірної товщини, дещо розпушені (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини нерівномірно кровонаповнені. Пошарова будова кори головного мозку збережена. Серед нейронів кори головного мозку

визначаються клітини в стані гострого набухання, змінені за ішемічним типом та нейрони в стані тяжких змін. Перичелюлярні простори значно розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені з більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори значно розширені.

Легені (1 зріз) – плевра в мікропрепараті не представлена. Тканина легені в стані дистелектазу з вогнищевими ділянками емфізематозного здуття. Міжальвеолярні перегородки різко потовщені внаслідок інтерстиційного набряку. Просвіти альвеол різновеликі, в багатьох полях зору містяться гомогенні еозинофізні маси. Епітеліальна вистілка слизової оболонки бронхіол десквамована. Судини проміжної тканини недокривні; капіляри міжальвеолярних перегородок нерівномірно кровонаповнені.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий; під ним візуалізується невелика кількість субепікардіальної жирової тканини. Міокард дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко; перинуклеарно визначається пілоподібний пігмент золотистого кольору. М'язові волокна міокарда в багатьох ділянках дослідження фрагментовані. Інтрамуральні артерії недокривні, артеріоли спазмовані; вени нерівномірно кровонаповнені.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. У тканині печінки візуалізуються множинні дрібні гранульоми. У центрах деяких гранульом реєструється коагуляційний некроз; у клітинному складі гранульом визначаються лімфоцити, макрофаги, а місцями – й гігантські багатоядерні клітини Пирогова – Лангханса. Балково-радіарна структура печінки збережена. У складі цитоплазми переважної більшості гепатоцитів

визначаються різновеликі жирові вакуолі (у вигляді оптичних пустот), що зміщують ядра на периферію клітинних тіл. Ядра гепатоцитів округлої форми, контури ядер гепатоцитів проглядаються не завжди чітко, ядра гіпохромні. Внутрішньопечінкова судинна система в усіх руслах і на всіх рівнях недокрівна. Строма портальних трактів розпушена.

Виразка ілеоцекального кута (1 зріз) – гістоструктура тканини порушена. На переважній площі дослідження у тканині кишківника візуалізуються різновеликі ділянки коагуляційного некрозу (у вигляді зернистих еозинофільних мас із базофільним відтінком). По периферії вогнищ некрозу визначається продуктивна клітинно-тканинна запальна реакція (у вигляді розростань сполучної тканини різного ступеня зрілості, у товщі якої визначається нерівномірної щільності лімфомакрофагальна інфільтрація з включенням численних гігантських багатоядерних клітин Пирогова – Лангханса). Кровоносні судини всіх русел і рівнів недокрівні.

Лімфатичний вузол брижі тонкого кишківника (1 зріз) – у тканині лімфатичного вузла візуалізуються казеозофіковані гранульоми (центр гранульом представлений масами коагуляційного некрозу), що зливаються між собою з перифокальною продуктивною запальноклітинною реакцією (навколо мас коагуляційного некрозу визначаються розростання сполучної тканини різного ступеня зрілості з густою лімфомакрофагальною інфільтрацією, що включає й гігантські багатоядерні клітини Пирогова – Лангханса). Поза ділянками продуктивного запалення в тканині лімфатичного вузла визначаються різновеликі фолікули з вираженими реактивними центрами. Артерії спазмовані, переважно недокрівні, венозні судини здебільшого повнокровні.

Задача 20

Основні дані протоколу розтину № 20.

Лікувальний заклад – обласна клінічна лікарня.

Направлений до стаціонару в ургентному порядку.

Відділення – хірургічне.

Історія хвороби № 8367. Вік – 54 років, учитель.

Госпіталізований – 29.12.2020 р. о 16:40.

Помер – 29.12.2020 р. о 16:55.

Дата розтину – 30.12.2020 р. о 9:00.

Короткі клінічні, лабораторні та інші дані дослідження

Хворий в ургентному порядку каретою швидкої допомоги доставлений до хірургічного відділення з діагнозом «внутрішньочеревна кровотеча». Упродовж останнього року лікувався в гематологічному відділенні обласної лікарні з приводу В-клітинного хронічного лімфолейкозу. Останній курс хіміотерапії пройшов один місяць тому. Раптово під час фізичного навантаження виникли сильні болі в животі і хворий знепритомнів. Під час госпіталізації стан пацієнта дуже тяжкий. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, вологі. АТ – 30/0 мм рт. ст., пульс – 120 уд./хв. Без свідомості. У приймальному відділенні констатовано біологічну смерть. Реанімаційні заходи результатів не дали.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ПРОТОКОЛУ РОЗТИНУ

Тіло чоловіка правильної статури, зниженого харчування. Трупне залякання в усіх групах м'язів виражене задовільно. На спині зливні темно-багряні плями. Шкіра обличчя, тулуба і видимі слизові оболонки сіро-землистого кольору з підшкірними крововиливами діаметром до 2–3 см, дрібновогнищеві геморагії. Товщина підшкірної жирової клітковини в ділянці передньої

черевної стінки – 2,0 см. Очеревина гладенька, блискуча, рожево-сіра. У черевній порожнині до 3,0 л крові та її згустків. У правій та лівій плевральних порожнинах патологічних скупчень не виявлено. Плевра гладка, блискуча, повнокровна. Щитоподібна залоза не збільшена, на розрізі – червоного кольору, розмір кожної частки 6,2 см x 5 см x 2,3 см, маса – 30 г. Паращитоподібні залози діаметром близько 0,5 см, маса – 0,5 г. Вилочкова залоза атрофована і заміщена жировою клітковиною.

Слизова оболонка язика різко ціанотична із сосочками, що чітко виступають. Язик обкладений сіро-жовтими нашаруваннями. Слизова оболонка ротової порожнини та глотки блідо-червоного кольору з дрібноточковими крововиливами. Мигдалики збільшені, синюшно-багрового кольору.

Слизова оболонка стравоходу з поздовжніми складками, бліда, вкрита нашаруваннями слизу. Стравохід на всій довжині прохідний.

У просвіті трахеї піниста рідина та слиз, забарвлені кров'ю. Під парієтальною та вісцеральною плеврою виявляються множинні дрібноточкові крововиливи. Легені на дотик тістуватої консистенції, сіро-рожевого кольору. Маса правої легені – 480 г, лівої – 450 г. З поверхні розрізу стікає червона пінява рідина. У просвіті великих бронхів – слиз і рідина, забарвлена кров'ю. Слизова оболонка бронхів рожево-сіруватого кольору, тьмяна. Стінки бронхів у ділянці корінів легень дещо потовщені.

У перикарді близько 30,0 мл прозорої рідини жовтого кольору. Серце розміром 12,0 см x 11,3 см x 5,7 см. Маса – 330 г. Епікард блискучий. Під ним помірні відкладення жиру. Клапани серця тонкі, блискучі; хорди тонкі. Товщина стінки правого шлуночка – 0,5 см, лівого – 2,5 см. Папілярні м'язи лівого шлуночка значно потовщені, на розрізі – темно-червоні. У порожнині шлуночків

червоні згустки крові. М'яз стінки лівого шлуночка в'ялий на дотик, на розрізі пронизаний дрібними сіруватими прошарками фіброзного вигляду. Коронарні артерії серця під епікардом звивисті, нерівномірно звапнілі. Просвіт їх на поперекових розрізах нерівномірно звужений до 50–60 % за рахунок пристінкового відкладання атеросклеротичних мас. Внутрішня оболонка судин потовщена. Інтима аорти на всій довжині блідо-жовтого кольору і вкрита великою кількістю бляшок білого й жовтого кольору розміром від 0,3 см х 0,5 см до 1,5 см х х 2,0 см. У центрі деякі бляшки з виразками, заповнені кашоподібним умістом, навколо яких має місце відкладення вапняних солей. В інтимі брижових артерій також є нечисленних білувато-жовтуватих бляшок.

Шлунок помірно роздутий, складки виражені помірно, у просвіті міститься невелика кількість слизу з кислим запахом. На слизовій оболонці шлунка виявляються численні дрібнокраплинні крововиливи та ерозії. Слизова оболонка дванадцятипалої кишки гіперемована, грубоскладчаста, покрита в'язким слизом. Виявляються множинні крововиливи в корінь брижі кишківника. Петлі кишківника дещо роздуті. Серозна оболонка чиста, гладка, повнокровна. Слизова оболонка тонкої та товстої кишок помірно складчаста, з множинними дрібноточковими крововиливами. У просвіті петель кишківника калові маси.

Печінка збільшена, розміром 33,0 см х 21,0 см х х 16,0 см х 14,5 см. Маса – 3 500 г. Поверхня її гладенька. Капсула прозора, тонка. На розрізі – коричнево-сірого кольору, з ділянками нерівномірного кровонаповнення, на дотик щільна.

Жовчні шляхи прохідні, в жовчному міхурі тягуча темно-зелена жовч, товщина стінки – 0,2–0,3 см. Його слизова оболонка бархатистого вигляду, в просвіті – темно-оливкова жовч.

Підшлункова залоза у вигляді щільного тяжа розміром 20,2 см х 3,8 см х 2,5 см, щільна, повнокровна, сіро-жовтого кольору, на розрізі має часточкову будову.

Надниркові залози листоподібної форми масою 12 г, розміром 5,0 см х 3,0 см х 0,5 см. Кірковий і мозковий шари на розрізі добре виражені: кірковий шар жовтого кольору, мозковий – коричневого.

Нирки: ліва – 12,0 см х 5,7 см х 4,5 см, маса – 160 г; права – 11,5 см х 5,5 см х 4,5 см, маса – 150 г. Тканина нирок дещо в'яла на дотик, під капсулою правої та лівої нирок виявляються дрібноточкові крововиливи та невеликі (діаметром 0,6 см) серозні кісти. На розрізі – нирки блідо-червоні, малюнок збережений, межі шарів не чіткі. Капсула нирок легко знімається, поверхня їх блідо-червона, гладенька. Слизова оболонка ниркових мисок сірувато-червона, сечоводів – блідо-синюшна. У просвіті ниркових мисок правої та лівої нирок виявляється пісок. Сечовий міхур містить близько 100 мл прозорої сечі. Слизова оболонка його блідо-червона, помірно складчаста.

Селезінка збільшена, розміром 31,0 см х 24,0 см х 13,0 см, масою – 2 700 г. Капсула напружена. У паренхімі візуалізується лінійний розрив довжиною 5,0 см неправильної форми з нерівними краями. З поверхні розрізу паренхіми зіскоблюється кров синюшно-вишневого кольору. Тканина селезінки рихла.

Лімфатичні вузли грудної та черевної порожнини збільшені до 2,0 см, сірого кольору, частково в когломератах, спаяні між собою.

Кістки черепа звичайної товщини. Тверда мозкова оболонка не напружена, з помірним повнокров'ям судин. М'які мозкові оболонки прозорі, помірно повнокровні. Синуси твердої мозкової оболонки містять рідку кров. Пазухи вільні. Ексудат на оболонках відсутній. При виділенні головного мозку – незначна кількість рідини.

Борозни півкуль головного мозку звичайної глибини. Звивини дещо набряклі, межа між сірою і білою речовинами чітка. Кірковий шар звичайної ширини. Підкіркові вузли чіткі. Речовина помірної густини, блискуча, помірно повнокровна, звичайної вологості. Бічні шлуночки не розширені, епендима їх блискуча, у просвіті незначна кількість серозної рідини. Судинне сплетення блискуче. Артерії основи головного мозку з рівномірно потовщеними стінками, просвіт не звужений, заповнений рідкою кров'ю.

РЕЗУЛЬТАТИ ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Головний мозок (1 зріз) – м'які мозкові оболонки тонкі, місцями гістоструктура м'яких мозкових оболонок розпушена (непряма ознака набряку тканини). Піальні судини з помірним кровонаповненням. Пошарова організація цитоархітектоніки кори збережена. Серед нейронів кори головного мозку переважають нейрони, змінені за ішемічним типом, трапляються нейрони в стані пікноморфного зморщування та поодинокі нейрони в стані тяжких змін та типу «клітин-тіней». Перицелюлярні простори розширені. Судини мікроциркуляторного русла нерівномірно кровонаповнені з більш вираженим кровонаповненням венул. Периваскулярні простори розширені.

Легені (1 зріз) – плевра в мікропрепараті не представлена. Тканина легені малоповітряна внаслідок заповнення просвітів багатьох альвеол зернистими еозинофільними масами і кров'ю (в різних полях зору кількісне співвідношення зазначених внутріальвеолярних елементів різне). В окремих полях зору в легеневій тканині візуалізується пухлинна тканина, що складається зі скупчення дрібних лімфоцитоподібних клітин з округлим ядром, конденсованим хроматином та малим об'ємом

цитоплазми. Міжальвеолярні перегородки нерівномірної товщини внаслідок інтерстиціального набряку; в деяких полях зору міжальвеолярні перегородки розірвані. Бронхи в досліджуваному фрагменті тканини не представлені. Судини проміжної тканини повнокровні; капіляри міжальвеолярних перегородок повнокровні.

Серце (1 зріз) – епікард тонкий; під ним візуалізується невелика кількість субепікардіальної жирової тканини. Вінцеві судини нерівномірно кровонаповнені, з більш вираженим кровонаповненням вен. Міокард дещо розпушений унаслідок розширення стромальних щілин. Кардіоміоцити із зернистою еозинофільною саркоплазмою; саркоплазма деяких груп кардіоміоцитів вакуолізована. Контури ядер кардіоміоцитів проглядаються чітко. Місцями м'язові волокна міокарда стоншені, хвилеподібно деформовані. Інтрамуральні артерії недокривні; вени нерівномірно кровонаповнені, здебільшого недокривні.

Печінка (1 зріз) – капсула в мікропрепараті не представлена. У тканині печінки на переважній площі дослідження візуалізується пухлинна тканина за ходом порталних трактів та складається зі скупчення дрібних лімфоцитоподібних клітин з округлим ядром, конденсованим хроматином і малим об'ємом цитоплазми й високою мітотичною активністю. Поряд з описаними змінами паренхіма печінки в стані білкової і жирової дистрофії. Ядра гепатоцитів округлі, контури ядер гепатоцитів проглядаються чітко. У розширених жовчних каналцях візуалізуються зерна і грудочки пігменту зеленувато-бурого кольору. Синусоїди нерівномірно кровонаповнені. Строма порталних трактів фіброзована з густою лімфогістіоцитарною інфільтрацією.

Нирка (1 зріз) – фіброзна капсула тонка, місцями пухко прилягає до тканини нирки. Ниркові клубочки

зменшені внаслідок недокрів'я і колапсу їх капілярних петель. Просвіти капсул ниркових клубочків широкі, здебільшого вільні (оптично порожні). Епітелій звивистих ниркових каналців із зернистою еозинофільною цитоплазмою; контури ядер епітелію каналців проглядаються чітко, ядра базально розміщені. Просвіти багатьох ниркових каналців містять зернисті еозинофільні маси. Строма інтактна. Внутрішньониркові артерії нерівномірно кровонаповнені; вени нерівномірно кровонаповнені; судини міжканалцевого мікроциркуляторного русла недокрівні.

Селезінка (1 зріз) – у тканині селезінки на переважній площі дослідження візуалізується пухлинна тканина, що складається зі скупчення дрібних лімфоцитоподібних клітин з округлим ядром, конденсованим хроматином та малим об'ємом цитоплазми та високою мітотичною активністю. Серед пухлинних клітин безліч нейтрофілів. У тканині селезінки візуалізуються ділянка деструкції з утворенням різної величини порожнин деструкції, зі щільним заповненням їх кров'ю. В описі ушкодження визначається виразна реактивна ексудативна запально-клітинна реакція – по периферії ділянок деструкції тканини визначаються нерівномірної щільності лейкоцитарні інфільтрати (лейкоцити в складі інфільтратів представлені переважно нейтрофілами). Нерівномірної щільності скупчення нейтрофілів візуалізуються і в товщі крововиливів. Біла пульпа представлена острівковими щільними скупченнями клітин лімфоїдного ряду, що ексцентрично оточують центральні артерії. Синуси червоної пульпи повнокровні. Стінки центральних артерій потовщені, фіброзовані; просвіти їх вузькі, крові не містять. Трабекулярні судини недокрівні.

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Як основне захворювання потрібно зазначити нозологічну одиницю, яка відповідно до класифікації та номенклатури захворювань:

- + сама по собі чи внаслідок її ускладнення виявилася причиною смерті;
- могла стати причиною смерті;
- є основною профільною для даного відділення;
- правильної відповіді немає;
- все перелічене правильне.

2. Основна складова частина клінічного та патологоанатомічного діагнозів:

- + основне захворювання;
- конкуруюче захворювання;
- фонове захворювання;
- поєднані захворювання.

3. Приклад конкуруючого захворювання:

- + атеросклероз і гіпертонічна хвороба;
- цироз печінки і хронічний холецистит;
- емфізема легень і ексудативний плеврит;
- хронічний коліт та хронічний ентерит;
- цукровий діабет і хронічний пієлонефрит.

4. Різновидність причини смерті:

- + основна;
- додаткова;
- проміжна;
- неосновна;
- побічна.

5. Різновидність причини смерті:

- + безпосередня;
- пряма;
- непряма;
- загальна;
- місцева.

6. Приклад безпосередньої причини смерті:

- + гнійний перитоніт при апендициті;
- гнійний холецистит при гастриті;
- хронічний абсцес легень при пневмосклерозі;
- гнійний остеомієліт при емфіземі легень;
- абсцес нирки при ішемічній хворобі серця.

7. Приклад безпосередньої причини смерті:

- + постгеморагічна анемія при виразковій кровотечі;
- хронічний бронхіт при емфіземі;
- компресійна ішемія при нефректомії;
- обтураційна ішемія при геморої;
- гемолітична анемія при резус-конфлікті.

8. Визначити основне захворювання:

- + злоякісне новоутворення шлунка;
- геморагічний перикардит;
- метастази раку в легені;
- набряк легень;
- абсцес печінки.

9. У патологоанатомічному діагнозі основним захворюванням є:

- + нозологічна форма;
- патологічний стан;
- лікувально-діагностичне втручання;
- патологічний процес;

– патологічна реакція.

10. Ускладненням є патологічні процеси, які:

- + патогенетично зв'язані з основним захворюванням;
- патогенетично не зв'язані з основним захворюванням;
- передують розвитку основного захворювання;
- патогенетично зв'язані із супутнім захворюванням;
- виникають паралельно основному захворюванню.

11. Супутнім захворюванням є:

- + нозологічні форми, не зв'язані з основним захворюванням;
- патологічні процеси, зв'язані з основним захворюванням;
- нозологічні форми, зв'язані з фоновим захворюванням;
- патологічні процеси конкуруючого характеру;
- клініко-анатомічні синдроми.

12. У лікарському свідоцтві про смерть заповнюють пункти:

- + а, б, в;
- а, б;
- а;
- б, в;
- б, г.

13. Неправильно заповнені примірники лікарських свідоцтв про смерть:

- + закреслюють із записом «анульовано» і залишають в закладі охорони здоров'я;
- віддають родичам померлого;
- направляють у бюро медичної статистики;
- направляють в обласне патологоанатомічне бюро.

14. Основним ускладненням при раку шлунка є:
- + фібринозно-гнійний перитоніт;
 - правобічна абсцедивна бронхопневмонія;
 - тромбоз сегментарної артерії легень;
 - атеросклероз аорти;
 - ціанотична індурація нирки.

15. Основним захворюванням є:
- + рак лівої легені;
 - колапс 9-го та 10-го сегментів легень;
 - асцит (1 100,0 мл);
 - гідроперикард (100,0 мл);
 - двобічний гідроторакс (400,0 та 450,0 мл).

16. Основним ускладненням при раку шлунка є:
- + гостра постгеморагічна анемія;
 - масивна кровотеча в шлунок (1 000,0 мл);
 - ерозія судин пухлини;
 - метастази в регіонарні лімфовузли;
 - кахексія.

17. Проміжним ускладненням при раку шлунка є:
- + масивна кровотеча в шлунок;
 - кахексія;
 - гостра постгеморагічна анемія;
 - універсальний атеросклероз;
 - колапс 9-го та 10-го сегментів легень.

18. Основним захворюванням є:
- + рак сліпої кишки;
 - ішемічна хвороба кишечнику;
 - пневмосклероз;
 - діастаз операційної рани;
 - флегмона передньої стінки черевної порожнини.

19. Безпосередню причину смерті зазначають у пункті:

- + а;
- в;
- б;
- а, б;
- в, б.

20. Основну причину смерті зазначають у пункті:

- + в;
- а, б;
- б, в;
- а.

21. У хворого з діагнозом «рак фатерового сосочка» (гістологічно – аденокарцинома), який помер після операції панкреатодуоденальної резекції, накладання гастроентероанастомозу, на розтині виявлені метастази в регіонарні лімфатичні вузли, печінку, недостатність кульги 12-палої кишки та шлунково-тонкокишкового анастомозу, значні ділянки некрозу позаочеревинної жирової клітковини, дифузний гнійно-фібринозний перитоніт, множинні абсцеси печінки, пролежень правої половини сідниці, хронічний обструктивний бронхіт. Визначте безпосередню причину смерті:

- + гнійно-фібринозний перитоніт;
- хронічний обструктивний бронхіт;
- метастази в печінку;
- некроз позаочеревинної жирової клітковини;
- метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

22. У хворого з діагнозом «рак фатерового сосочка» (гістологічно – аденокарцинома), який помер після операції панкреатодуоденальної резекції, накладання гастроентероанастомозу, на розтині виявлені метастази в

регіонарні лімфатичні вузли, печінку, недостатність культі 12-палої кишки та шлунково-тонкокишкового анастомозу, значні ділянки некрозу позаочеревинної жирової клітковини, дифузний гнійно-фібринозний перитоніт, множинні абсцеси печінки, пролежень правої половини сідниці, хронічний обструктивний бронхіт. Визначте основне захворювання:

- + рак фатерового сосочка;
- метастази в легені;
- пролежень правої половини сідниці;
- множинні абсцеси печінки;
- недостатність шлунково-тонкокишкового анастомозу.

23. У хворого з діагнозом «рак фатерового сосочка» (гістологічно – аденокарцинома), який помер після операції панкреатодуоденальної резекції, накладання гастроентероанастомозу, на розтині виявлені метастази в регіонарні лімфатичні вузли, печінку, недостатність культі 12-палої кишки та шлунково-тонкокишкового анастомозу, значні ділянки некрозу позаочеревинної жирової клітковини, дифузний гнійно-фібринозний перитоніт, множинні абсцеси печінки, пролежень правої половини сідниці, хронічний обструктивний бронхіт. Яке ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + недостатність анастомозу та культі 12-палої кишки;
- хронічний обструктивний бронхіт;
- множинні абсцеси печінки;
- пролежень правої половини сідниці;
- некроз позаочеревинної жирової клітковини.

24. На розтині хворого 70 років виявлено хронічний абсцес 6-го сегмента правої легені (операція – резекція 6-го та частково 2-го сегмента правої легені), загальний атеросклероз, пневмосклероз, післяопераційний

правобічний гемоторакс (600,0 мл), гостру постгеморагічну анемію, рідку кров у судинах та порожнинах серця, набряк лівої легені, холелітіаз.

Визначте безпосередню причину смерті:

- + гостра постгеморагічна анемія;
- набряк лівої легені;
- холелітіаз;
- гемоторакс (600,0 мл);
- універсальний атеросклероз.

25. На розтині хворого 32 років виявлено хронічну виразку шлунка по малій кривизні, згустки крові в порожнині шлунка (1 000,0 мл) з арозованої судини, розміщеної в ділянці dna виразки, гостру бронхопневмонію, набряк легень, гідроперикардіум (80,0 мл), асцит (250,0 мл), кахексію, правобічний нефролітіаз. Визначте безпосередню причину смерті:

- + гостра постгеморагічна анемія;
- хронічна виразка шлунка;
- кровотеча в порожнину шлунка (1 000,0 мл);
- кахексія;
- гідроперикардіум (80,0 мл).

26. На розтині хворого 32 років виявлено хронічну виразку шлунка по малій кривизні, згустки крові в порожнині шлунка (1 000,0 мл) з арозованої судини, розміщеної в ділянці dna виразки, гостру бронхопневмонію, набряк легень, гідроперикардіум (80,0 мл), асцит (250,0 мл), кахексію, правобічний нефролітіаз. Визначте основну причину смерті:

- + виразкова хвороба шлунка;
- правобічний нефролітіаз;
- набряк легень;
- гостра бронхопневмонія.

27. На розтині хворого 32 років виявлено хронічну виразку шлунка по малій кривизні, згустки крові в порожнині шлунка (1 000,0 мл) з арозованої судини, розміщеної в ділянці дна виразки, гостру бронхопневмонію, набряк легень, гідроперикардіум (80,0 мл), асцит (250,0 мл), кахексію, правобічний нефролітіаз. Визначте супутнє захворювання:

+ правобічний нефролітіаз;

– набряк легень;

– гідроперикардіум (80,0 мл);

– кровотеча в порожнину шлунка (1000,0 мл);

– асцит (250,0 мл).

28. Хворий 57 років на виразкову хворобу шлунка з органічним пілоростенозом (операція – резекція шлунка, накладання гастроентероанастомозу) помер на 3-тю добу після операції. На розтині виявлені недостатність кукси дванадцятипалої кишки, набряк головного мозку, септикопемія (піддіафрагмальний абсцес зліва, абсцедивна правобічна пневмонія, септична гіперплазія селезінки), кахексія, загальний атеросклероз. Визначте безпосередню причину смерті:

+ набряк головного мозку;

– органічний пілоростеноз;

– недостатність кукси дванадцятипалої кишки;

– септикопемія;

– кахексія.

29. Хворий 57 років на виразкову хворобу шлунка з органічним пілоростенозом (операція – резекція шлунка, накладання гастроентероанастомозу) помер на 3-тю добу після операції. На розтині виявлені недостатність кукси дванадцятипалої кишки, набряк головного мозку, септикопемія (піддіафрагмальний абсцес зліва,

абсцедивна правобічна пневмонія, септична гіперплазія селезінки), кахексія, загальний атеросклероз. Визначте основне захворювання:

- + виразкова хвороба шлунка;
- універсальний атеросклероз;
- піддіафрагмальний абсцес зліва;
- кахексія;
- септична гіперплазія селезінки.

30. Хворий 57 років на виразкову хворобу шлунка з органічним пілороотенозом (операція – резекція шлунка, накладання гастроентероанастомозу) помер на 3-тю добу після операції. На розтині виявлені недостатність кукси дванадцятипалої кишки, набряк головного мозку, септикопіємія (піддіафрагмальний абсцес зліва, абсцедивна правобічна пневмонія, септична гіперплазія селезінки), кахексія, загальний атеросклероз. Ускладнення, яке відіграло важливу роль у безпосередній причині смерті:

- + недостатність кукси дванадцятипалої кишки;
- кахексія;
- набряк головного мозку;
- універсальний атеросклероз;
- септикопіємія.

31. Хворий 57 років на виразкову хворобу шлунка з органічним пілороотенозом (операція – резекція шлунка, накладання гастроентероанастомозу) помер на 3-тю добу після операції. На розтині виявлені недостатність кукси дванадцятипалої кишки, набряк головного мозку, септикопіємія (піддіафрагмальний абсцес зліва, абсцедивна правобічна пневмонія, септична гіперплазія селезінки), кахексія, загальний атеросклероз. Визначте супутнє захворювання:

- + загальний атеросклероз;
- септична гіперплазія селезінки;
- виразкова хвороба шлунка;
- піддіафрагмальний абсцес;
- недостатність кукси дванадцятипалої кишки.

32. У хворого 17 років, який помер після операції апендектомії та дренажу черевної порожнини, під час гістологічного дослідження червоподібного відростка встановлено гострий флегмонозний апендицит, перфорацію стінки відростка, на розтині виявлено хронічний необструктивний бронхіт, поширений гнійно-фібринозний перитоніт, гострі ерозії шлунка. Визначте безпосередню причину смерті:

- + гнійно-фібринозний перитоніт;
- тромбоз сегментарних артерій легень (7-й та 8-й сегменти);
- правобічний серозно-фібринозний плеврит;
- гострі ерозії шлунка;
- гострий флегмонозний апендицит.

33. У хворого 17 років, який помер після операції апендектомії та дренажу черевної порожнини, під час гістологічного дослідження червоподібного відростка встановлено гострий флегмонозний апендицит, перфорацію стінки відростка, на розтині виявлено хронічний необструктивний бронхіт, поширений гнійно-фібринозний перитоніт, гострі ерозії шлунка. Ускладнення, що обумовило безпосередню причину смерті:

- + перфорація стінки червоподібного відростка;
- геморагічний інфаркт 7-го сегмента правої легені;
- поширений гнійно-фібринозний перитоніт;
- хронічний необструктивний бронхіт;
- тромбоз сегментарних артерій легень.

34. У хворого 17 років, який помер після операції апендектомії та дренажу черевної порожнини, під час гістологічного дослідження червоподібного відростка встановлено гострий флегмонозний апендицит, перфорацію стінки відростка, на розтині виявлено хронічний необструктивний бронхіт, поширений гнійно-фібринозний перитоніт, гострі ерозії шлунка. Визначте супутнє захворювання:

- + хронічний необструктивний бронхіт;
- гострі ерозії шлунка;
- геморагічний інфаркт 8-го сегмента правої легені;
- перфорація стінки appendix.

35. У хворого 49 років із хронічним неспецифічним виразковим колітом (бактеріологічне дослідження: виділена спорова форма паличкоподібних бактерій) на розтині виявлено ознаки протрагованої кровотечі (1 500 мл за патологоанатомічними й клінічними даними) з хронічних та гострих виразок *s. descendens* і *s. sigmoideus*, постгеморагічну анемію, міогенну дилатацію лівого шлуночка серця, набряк легень, двобічну дрібновогнищеву пневмонію, дистелектаз нижніх часток та 5-го сегмента правої легені, лівобічний нефролітіаз. Визначте безпосередню причину смерті:

- + постгеморагічна анемія;
- міогенна дилатація лівого шлуночка серця;
- дистелектаз нижніх часток правої легені;
- лівосторонній нефролітіаз;
- двостороння дрібновогнищева бронхопневмонія.

36. У хворого 49 років із хронічним неспецифічним виразковим колітом (бактеріологічне дослідження: виділена спорова форма паличкоподібних бактерій) на розтині виявлено ознаки протрагованої кровотечі (1 500 мл

за патологоанатомічними й клінічними даними) з хронічних та гострих виразок с. descendens і с. sigmoideus, постгеморагічну анемію, міогенну дилатацію лівого шлуночка серця, набряк легень, двобічну дрібновогнищеву пневмонію, дистелектаз нижніх часток та 5-го сегмента правої легені, лівобічний нефролітіаз. Яке ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + масивна кровотеча з виразок товстої кишки;
- набряк легень;
- дистелектаз 5-го сегмента правої легені;
- постгеморагічна анемія;
- хронічний неспецифічний виразковий коліт?

37. У хворого 49 років із хронічним неспецифічним виразковим колітом (бактеріологічне дослідження: виділена спорова форма паличкоподібних бактерій) на розтині виявлено ознаки протрагованої кровотечі (1 500 мл за патологоанатомічними та клінічними даними) з хронічних та гострих виразок с. descendens і с. sigmoideus, постгеморагічну анемію, міогенну дилатацію лівого шлуночка серця, набряк легень, двосторонню дрібновогнищеву пневмонію, дистелектаз нижніх часток та 5-го сегмента правої легені, лівобічний нефролітіаз. Основним захворюванням є:

- + хронічний неспецифічний виразковий коліт;
- міогенна дилатація лівого шлуночка серця;
- дистелектаз 5-го сегмента правої легені;
- набряк легень;
- лівобічний нефролітіаз.

38. У хворого 49 років із хронічним неспецифічним виразковим колітом (бактеріологічне дослідження: виділена спорова форма паличкоподібних бактерій) на розтині виявлено ознаки протрагованої кровотечі (1 500 мл

за патологоанатомічними та клінічними даними) з хронічних і гострих виразок с. descendens і с. sigmoideus, постгеморагічну анемію, міогенну дилатацію лівого шлуночка серця, набряк легень, двобічну дрібновогнищеву пневмонію, дистелектаз нижніх часток та 5 сегмента правої легені, лівобічний нефролітіаз. Назвіть супутнє захворювання:

- + лівобічний нефролітіаз;
- масивна кровотеча з виразок товстої кишки;
- набряк легень;
- двобічна дрібновогнищева бронхопневмонія;
- постгеморагічна анемія.

39. У хворого 63 років з алкогольним цирозом печінки на розтині виявлено загальний атеросклероз, флебосклероз і тромбоз v. portae, спленомегалію, асцит (1 400 мл), варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальних вен та «голову Медузи», кровотечу в шлунково-кишковий тракт (1 100 мл), гостру постгеморагічну анемію, геморагічні інфаркти 4-го та 7-го сегментів правої легені, лівобічну дрібновогнищеву пневмонію. Визначте безпосередню причину смерті:

- + гостра постгеморагічна анемія;
- лівобічна дрібновогнищева бронхопневмонія;
- кровотеча в шлунково-кишковий тракт (1 000,0 мл);
- тромбоз v. portae;
- геморагічний інфаркт 4-го сегмента правої легені.

40. У хворого 63 років з алкогольним цирозом печінки на розтині виявлено загальний атеросклероз, флебосклероз і тромбоз v. portae, спленомегалію, асцит (1 400 мл), варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальних вен та «голову Медузи», кровотечу в шлунково-кишковий тракт (1 100 мл), гостру постгеморагічну анемію,

геморагічні інфаркти 4-го та 7-го сегментів правої легені, лівобічну дрібновогнищеву пневмонію. Визначте основну причину смерті:

- + алкогольний цироз;
- склероз v. portae;
- варикозне розширення вен стравоходу;
- геморагічний інфаркт 7-го сегмента правої легені;
- лівобічна дрібновогнищева бронхопневмонія.

41. У хворого 63 років з алкогольним цирозом печінки на розтині виявлено універсальний атеросклероз, флебосклероз та тромбоз v. portae, спленомегалію, асцит (1 400 мл), варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальних вен та «голову Медузи», кровотечу в шлунково-кишковий тракт (1 100 мл), гостру постгеморагічну анемію, геморагічні інфаркти 4-го та 7-го сегментів правої легені, лівобічну дрібновогнищеву пневмонію. Яке ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + кровотеча в шлунково-кишковий тракт;
- варикозне розширення вен стравоходу;
- варикозне розширення гемороїдальних вен;
- універсальний атеросклероз;
- алкогольний цироз?

42. У хворого 19 років, який помер після операції холецистектомії (гістологічно – гострий гангренозний холецистит), на розтині виявлено недостатність швів протоки жовчного міхура, поширений жовчно-гнійно-фібринозний перитоніт, гнійний холангіт, механічну непрохідність (камінь) d. choledochus communis, жовтяницю, набряк легень. Визначте безпосередню причину смерті:

- + жовчно-гнійно-фібринозний перитоніт;

- жовтяниця;
- набряк легень;
- недостатність швів протоки жовчного міхура;
- механічна непрохідність (камінь) d. choledochus communis.

43. У хворого 19 років, який помер після операції холецистектомії (гістологічно – гострий гангренозний холецистит), на розтині виявлено недостатність швів протоки жовчного міхура, поширений жовчно-гнійно-фібринозний перитоніт, гнійний холангіт, механічну непрохідність (камінь) d. choledochus communis, жовтяницю, набряк легень. Яке ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + недостатність швів протоки жовчного міхура;
- механічна непрохідність (камінь) d. choledochus communis;
- жовтяниця;
- набряк легень;
- жовчно-гнійно-фібринозний перитоніт?

44. У хворого 19 років, який помер після операції холецистектомії (гістологічно – гострий гангренозний холецистит), на розтині виявлено недостатність швів протоки жовчного міхура, поширений жовчно-гнійно-фібринозний перитоніт, гнійний холангіт, механічну непрохідність (камінь) d. choledochus communis, жовтяницю, набряк легень. Визначте основне захворювання:

- + гострий гангренозний холецистит;
- механічна непрохідність (камінь) d. choledochus communis;
- жовтяниця;
- недостатність швів в ділянці міхурової протоки;

– набряк легень.

45. У хворого на нефролітіаз, який помер після операції (нефролітотомія зліва), на розтині встановлено холелітіаз, лівобічний хронічний пієлонефрит, лівобічний гнійний паранефрит та параколіт із проривом гною в черевну порожнину, нирково-товстокишкову норицю, розлитий гнійно-фібринозний перитоніт, діастаз післяопераційної рани, флегмону м'яких тканин. Визначте безпосередню причину смерті:

- + розлитий гнійно-фібринозний перитоніт;
- діастаз післяопераційної рани;
- нирково-товстокишкова нориця;
- флегмона м'яких тканин;
- лівобічний хронічний пієлонефрит.

46. У хворого 3 років, який помер після оперативного втручання на шлунку (операція – пілоротомія за Рамшtedтом), на розтині виявлено природжений пілоростеноз, гіпертрофію шлуночка, аспірацію шлункового вмісту в сегментарних бронхах, двобічну аспіраційну бронхопневмонію, набряк легень, катаральний ентерит, парез кишківника, аліментарну кахексію. Визначте основне захворювання:

- + природжений пілоростеноз;
- двобічна аспіраційна бронхопневмонія;
- гіпертрофія шлуночка;
- набряк легень;
- катаральний ентерит.

47. У хворого 3 років, який помер після оперативного втручання на шлунку (операція – пілоротомія за Рамшtedтом), на розтині виявлено природжений пілоростеноз, гіпертрофію шлуночка, аспірацію

шлункового вмісту в сегментарних бронхах, двобічну аспіраційну бронхопневмонію, набряк легень, катаральний ентерит, парез кишківника, аліментарну кахексію.

Визначте безпосередню причину смерті:

- + двобічна аспіраційна бронхопневмонія;
- аліментарна кахексія;
- парез кишківника;
- гіпертрофія шлуночка;
- катаральний ентерит.

48. У хворого 3 років, який помер після оперативного втручання на шлунку (операція – пілоротомія за Рамшtedтом), на розтині виявлено природжений пілоростеноз, гіпертрофію шлуночка, аспірацію шлункового вмісту в сегментарних бронхах, двобічну аспіраційну бронхопневмонію, набряк легень, катаральний ентерит, парез кишківника, аліментарну кахексію. Яке ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + аспірація шлункового вмісту в бронхи;
- природжений пілоростеноз;
- двобічна аспіраційна бронхопневмонія;
- гіпертрофія шлуночка;
- катаральний ентерит?

49. У хворого 11 років із природженою аномалією органів травлення, який помер після операції резекції сигмоподібної кишки, цекостомії та дренивання черевної порожнини, на розтині виявлено виразковий перфоративний ентерит, дифузний гнійний перитоніт, набряк легень, правобічну гіпостатичну бронхопневмонію в задньонижніх відділах легень. Визначте основне захворювання:

- + природжена аномалія – хвороба Гіршпрунга;
- правобічна гіпостатична бронхопневмонія;

- цекостомія;
- виразковий перфоративний ентерит.

50. У хворого 11 років із природженою аномалією органів травлення, який помер після операції резекції сигмоподібної кишки, цекостомії та дренивання черевної порожнини, на розтині виявлено виразковий перфоративний ентерит, дифузний гнійний перитоніт, набряк легень, правобічну гіпостатичну бронхопневмонію в задньонижніх відділах легень. Яке ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + виразковий перфоративний ентерит;
- правобічна гіпостатична бронхопневмонія;
- природжена аномалія органів травлення;
- набряк легень;
- дифузний гнійний перитоніт?

51. У хворого 11 років з природженою аномалією органів травлення, який помер після операції резекції сигмоподібної кишки, цекостомії та дренивання черевної порожнини, на розтині виявлено виразковий перфоративний ентерит, дифузний гнійний перитоніт, набряк легень, правобічну гіпостатичну бронхопневмонію в задньо-нижніх відділах легень. Визначте безпосередню причину смерті:

- + дифузний гнійний перитоніт;
- правобічна гіпостатична бронхопневмонія;
- виразковий перфоративний ентерит;
- природжена аномалія органів травлення;
- набряк легень.

52. У хворого 17 років, який помер на другу добу після госпіталізації з приводу перфорації чужорідним тілом клубової кишки в ділянці ілеоцекального кута (цвях), на

розтині виявлено лівобічний хронічний пієлонефрит, дифузний гнійний перитоніт, набряк головного мозку та легень. Визначте безпосередню причину смерті:

- + дифузний гнійний перитоніт;
- перфорація клубової кишки;
- набряк головного мозку;
- лівобічний хронічний пієлонефрит;
- набряк легень.

53. У хворого 17 років, який помер на другу добу після госпіталізації з приводу перфорації чужорідним тілом клубової кишки в ділянці ілеоцекального кута (цвях), на розтині виявлено лівобічний хронічний пієлонефрит, дифузний гнійний перитоніт, набряк головного мозку та легень. Яка основна причина смерті:

- + перфорація чужорідним тілом стінки клубової кишки;
- лівобічний хронічний пієлонефрит;
- набряк головного мозку;
- дифузний гнійний перитоніт;
- набряк легень?

54. У хворого 17 років, який помер на другу добу після госпіталізації з приводу перфорації чужорідним тілом клубової кишки в ділянці ілеоцекального кута (цвях), на розтині виявлено лівобічний хронічний пієлонефрит, дифузний гнійний перитоніт, набряк головного мозку та легень. Назвіть супутнє захворювання:

- + лівобічний хронічний пієлонефрит;
- перфорація чужорідним тілом клубової кишки;
- набряк головного мозку;
- дифузний гнійний перитоніт;
- набряк легень.

55. У хворого 67 років із карбункулом верхньої губи, який помер на 17-ту добу з моменту госпіталізації, на розтині виявлено підшкірну флегмону обличчя (верхня губа і права щока), множинні метастатичні гнояки в легенях, гнійний емболічний нефрит та міокардит, гіперплазію селезінки, універсальний атеросклероз. Визначте безпосередню причину смерті:

+ септикопіємія;

– множинні метастатичні гнояки легень;

– підшкірна флегмона обличчя;

– гнійний емболічний нефрит;

– гіперплазія селезінки.

56. У хворого 67 років із карбункулом верхньої губи, який помер на 17-ту добу з моменту госпіталізації, на розтині виявлено підшкірну флегмону обличчя (верхня губа і права щока), множинні метастатичні гнояки в легенях, гнійний емболічний нефрит та міокардит, гіперплазію селезінки, універсальний атеросклероз. Визначте основну причину смерті:

+ карбункул верхньої губи;

– універсальний атеросклероз;

– гнійний емболічний міокардит;

– множинні метастатичні гнояки легень;

– гіперплазія селезінки.

57. У хворого 67 років із карбункулом верхньої губи, який помер на 17-ту добу з моменту госпіталізації, на розтині виявлено підшкірну флегмону обличчя (верхня губа і права щока), множинні метастатичні гнояки в легенях, гнійний емболічний нефрит та міокардит, гіперплазію селезінки, універсальний атеросклероз. Яке проміжне ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

- + підшкірна флегмона обличчя;
- карбункул верхньої губи;
- гнійний емболічний міокардит;
- множинні метастатичні гнояки легень;
- гіперплазія селезінки?

58. У хворого 47 років із гострим субтотальним геморагічним некрозом підшлункової залози, який помер після операції розсічення її капсули з дрениванням сальникової сумки, на розтині виявлено: гнійно-некротичне розплавлення задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки та позаочеревинної клітковини, гнійно-фібринозний перитоніт, кахексію, атеросклероз аорти, лівобічну гіпостатичну бронхопневмонію, набряк головного мозку та правої легені. Визначте безпосередню причину смерті:

- + фібринозно-гнійний перитоніт;
- дренивання сальникової сумки;
- лівобічна гіпостатична бронхопневмонія;
- набряк головного мозку;
- гнійно-некротичне розплавлення стінки кишки.

59. У хворого 47 років із гострим субтотальним геморагічним некрозом підшлункової залози, який помер після операції розсічення її капсули з дрениванням сальникової сумки, на розтині виявлено: гнійно-некротичне розплавлення задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки та позаочеревинної клітковини, гнійно-фібринозний перитоніт, кахексію, атеросклероз аорти, лівобічну гіпостатичну бронхопневмонію, набряк головного мозку та правої легені. Яке проміжне ускладнення обумовило безпосередню причину смерті:

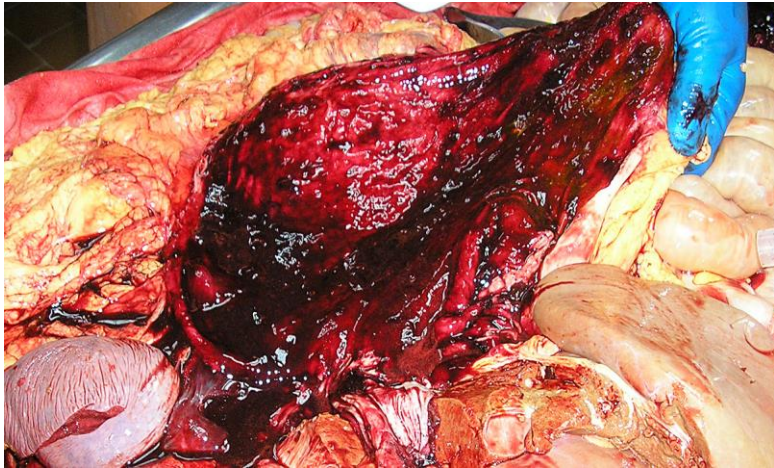
- + гнійно-некротичне розплавлення стінки дванадцятипалої кишки;

- гнійно-фібринозний перитоніт;
- набряк правої легені;
- атеросклероз аорти;
- лівобічна гіпостатична бронхопневмонія?

60. У хворого 47 років із гострим субтотальним геморагічним некрозом підшлункової залози, який помер після операції розсічення її капсули з дрениванням сальникової сумки, на розтині виявлено: гнійно-некротичне розплавлення задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки та позаочеревинної клітковини, гнійно-фібринозний перитоніт, кахексію, атеросклероз аорти, лівосторонню гіпостатичну бронхопневмонію, набряк головного мозку та правої легені. Встановіть основну причину:

- + гострий субтотальний геморагічний некроз підшлункової залози;
- набряк головного мозку;
- дренивання сальникової сумки;
- лівобічна гіпостатична бронхопневмонія;
- гнійно-некротичне розплавлення стінки дванадцятипалої кишки.

**МАКРОФОТОГРАФІЇ ОСНОВНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ
ПРОЦЕСІВ У РАЗІ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**



***Рисунок 1 – Множинні ерозії шлунка.
Шлункова кровотеча***



***Рисунок 2 – Атрофічний гастрит
із виразкою та кровотечею***

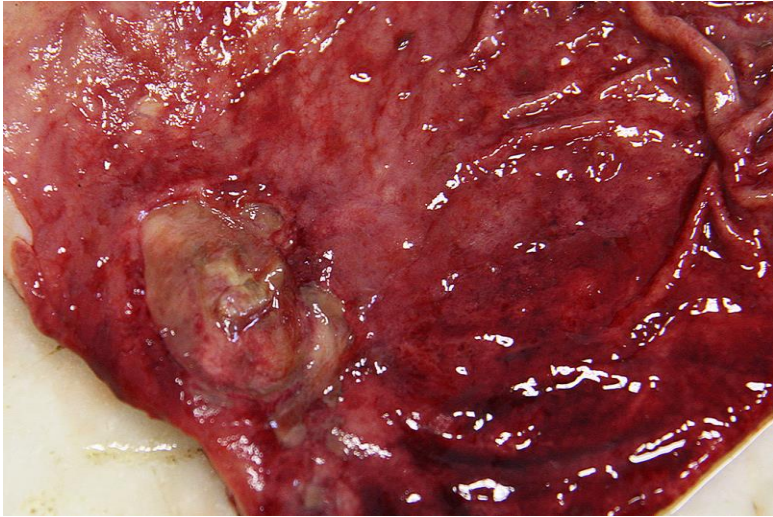


Рисунок 3 – Виразка шлунка з арозією судини



*Рисунок 4 – Виразка шлунка
з численними тромбованими судинами*

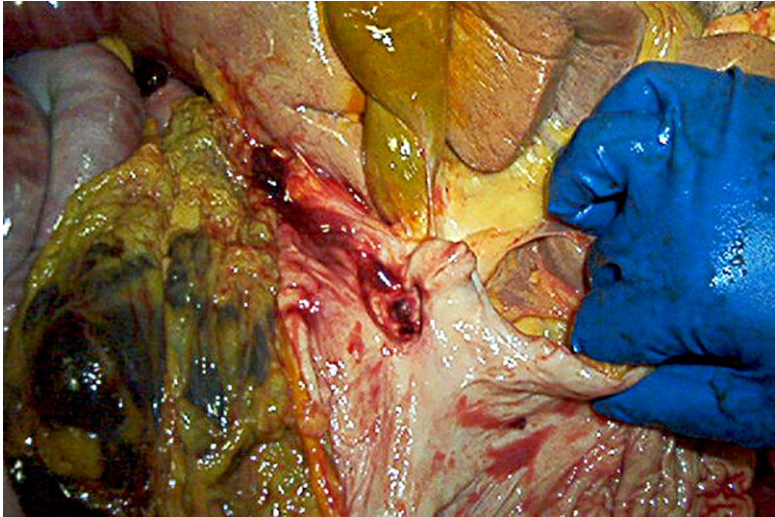


Рисунок 5 – Виразка шлунка з тромбованою судиною

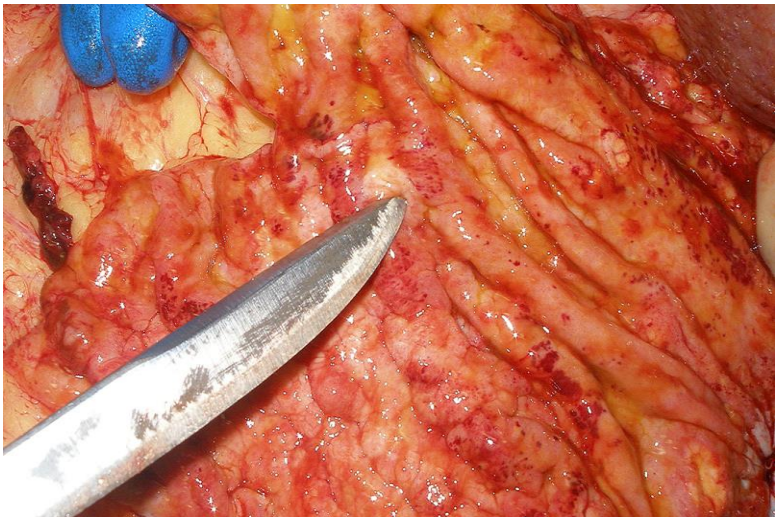


Рисунок 6 – Гострі ерозії шлунка



Рисунок 7 – Сегментарний некроз петель тонкого кишківника



Рисунок 8 – Ерозивний коліт



Рисунок 9 – Коліт

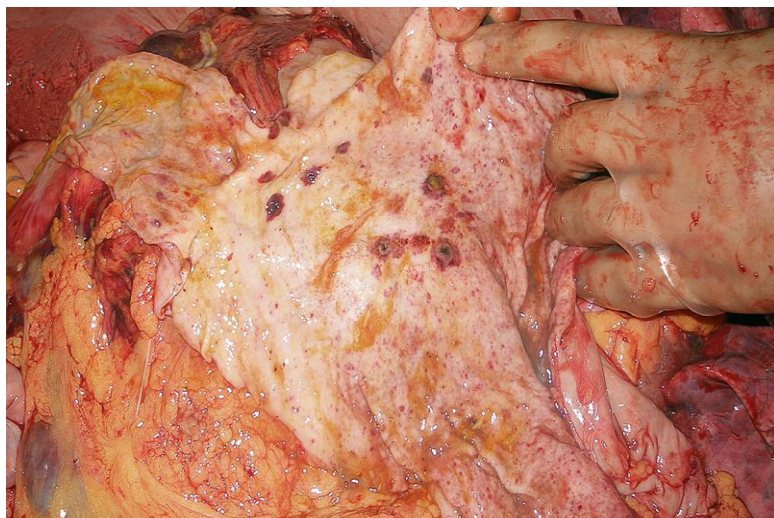


Рисунок 10 – Множинні ерозії шлунка



Рисунок 11 – Множинні ерозії та виразка шлунка



Рисунок 12 – Ерозії стравоходу

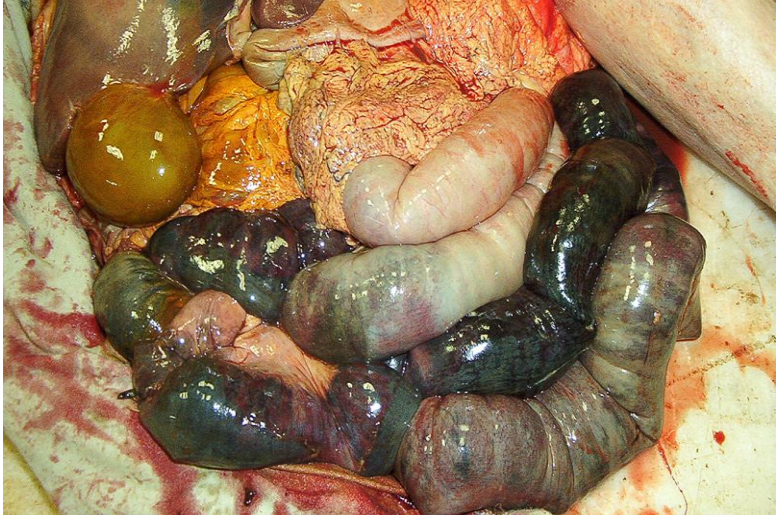


Рисунок 13 – Гангрена кишки

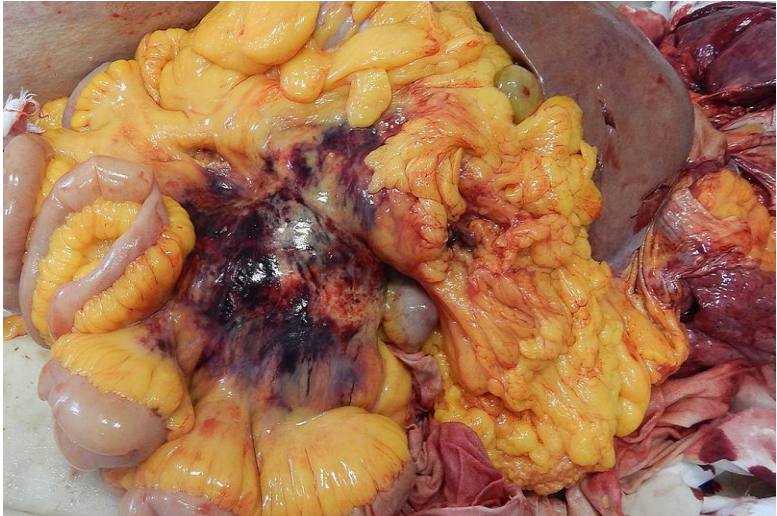


Рисунок 14 – Крововилив у брижу тонкої кишки при лейкозі



Рисунок 15 – Метастаз до печінки. Цирроз печінки



Рисунок 16 – Септична селезінка

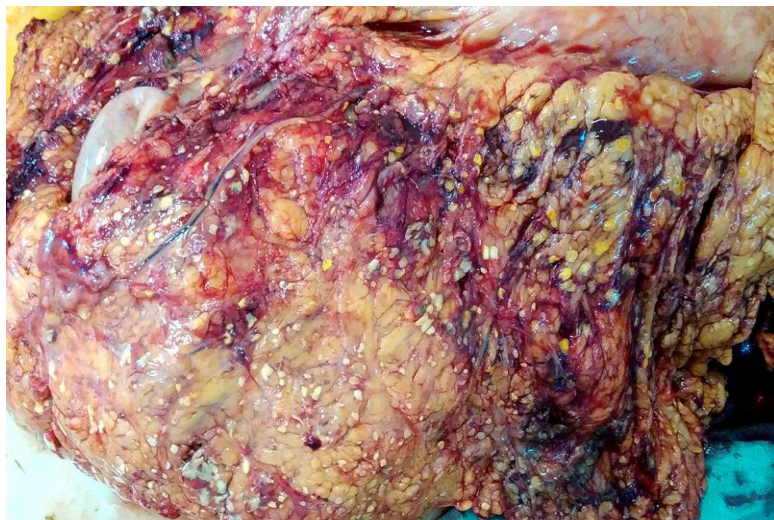


Рисунок 17 – Стеаринові бляшки на великому сальнику

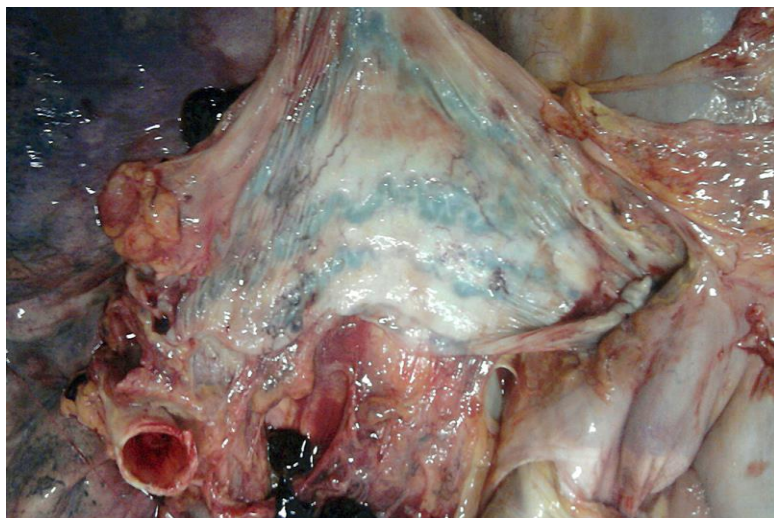


Рисунок 18 – Варикозне розширення вен стравоходу

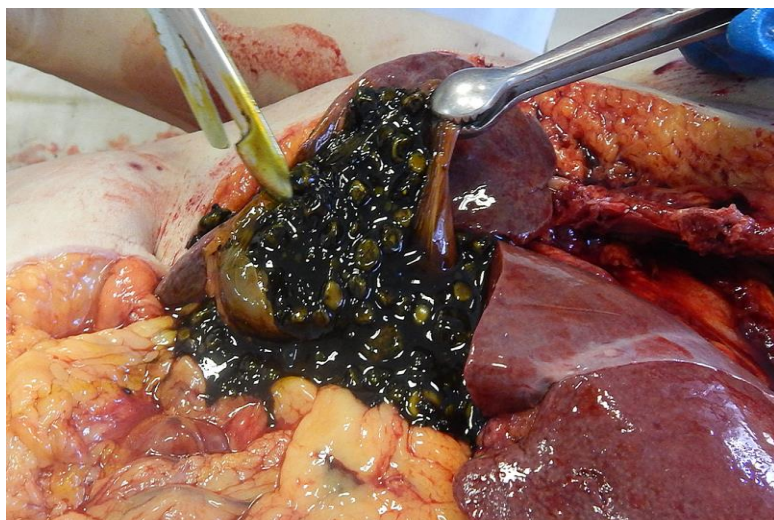


Рисунок 19 – Холелітіаз



Рисунок 20 – Множинні метастази в печінку

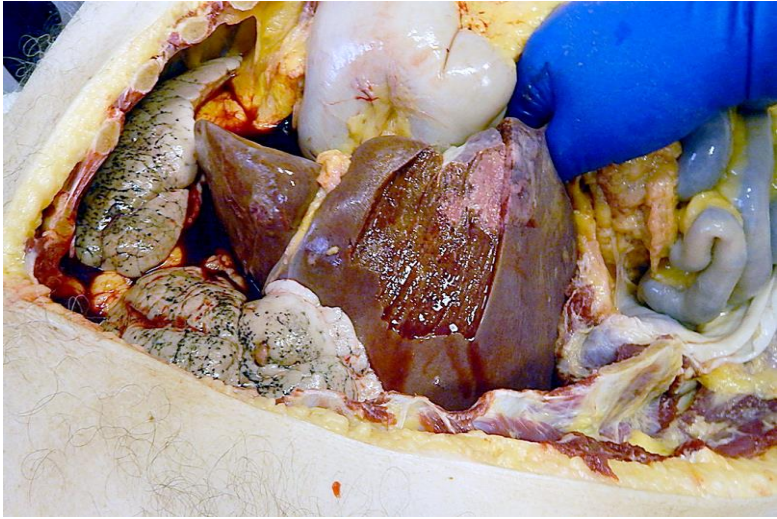


Рисунок 21 – Рак печінки



Рисунок 22 – Шокова нирка



Рисунок 23 – Гнійний перитоніт



Рисунок 24 – Гнійний перитоніт



Рисунок 25 – Жировий гепатоз та цирроз печінки



Рисунок 26 – Цирроз печінки



Рисунок 27 – Змішаний цироз печінки



Рисунок 28 – Цироз печінки. Гангрена кишки

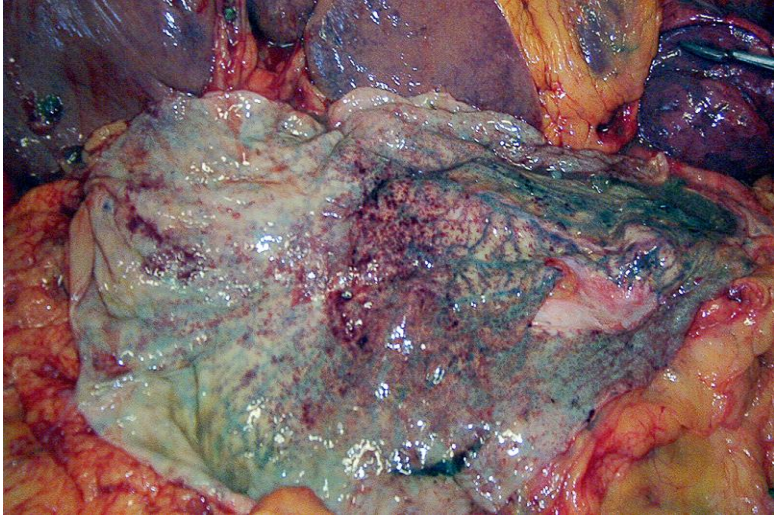
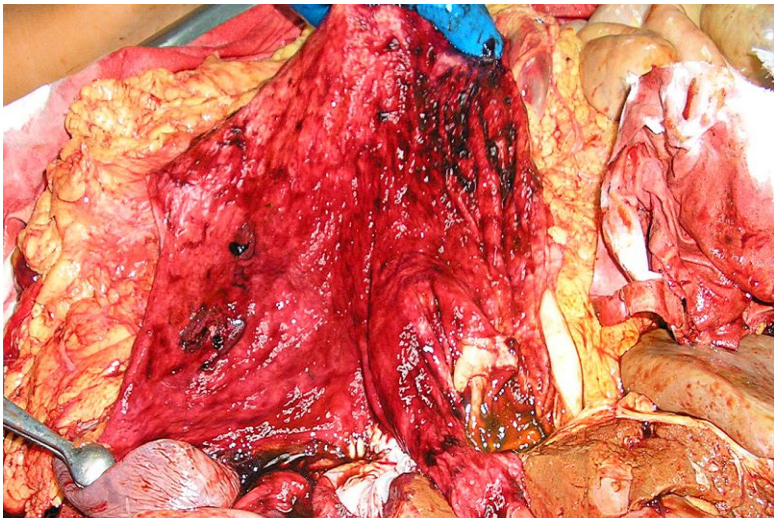


Рисунок 29 – Гастрит з ерозіями та крововиливами



*Рисунок 30 – Ерозії на слизовій шлунка.
Хлористоводневий гематин*



Рисунок 31 – Крововиливи в брижу тонкої кишки

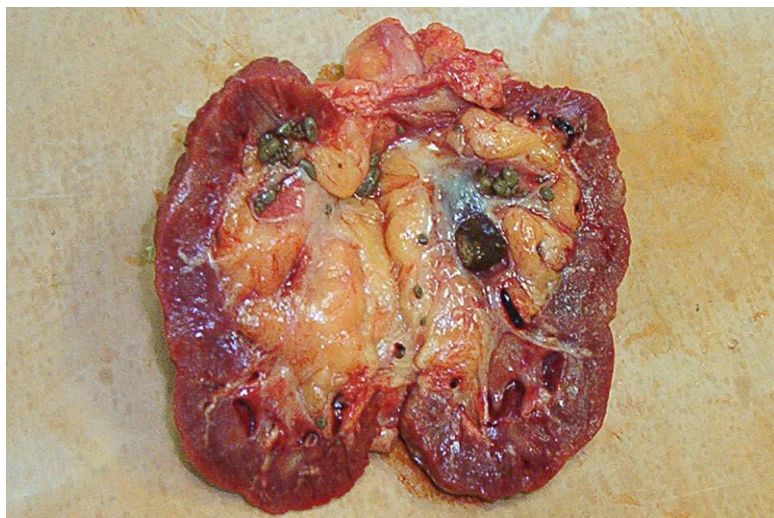


Рисунок 32 – Нефролітіаз

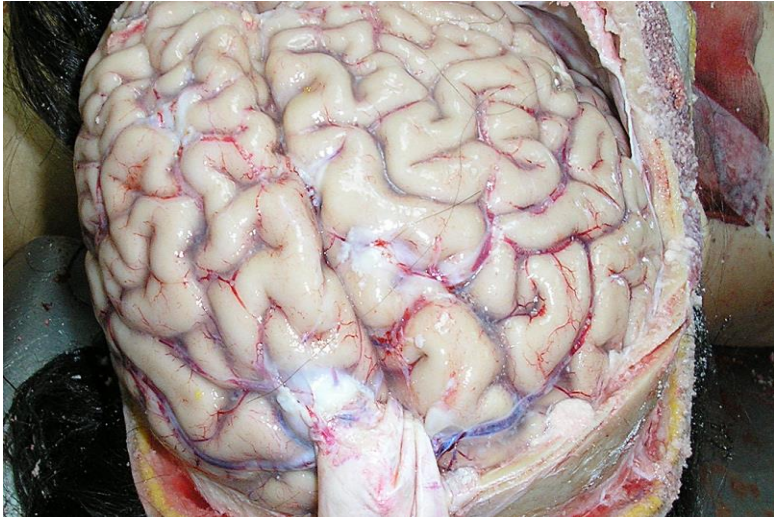


Рисунок 33 – набряк головного мозку

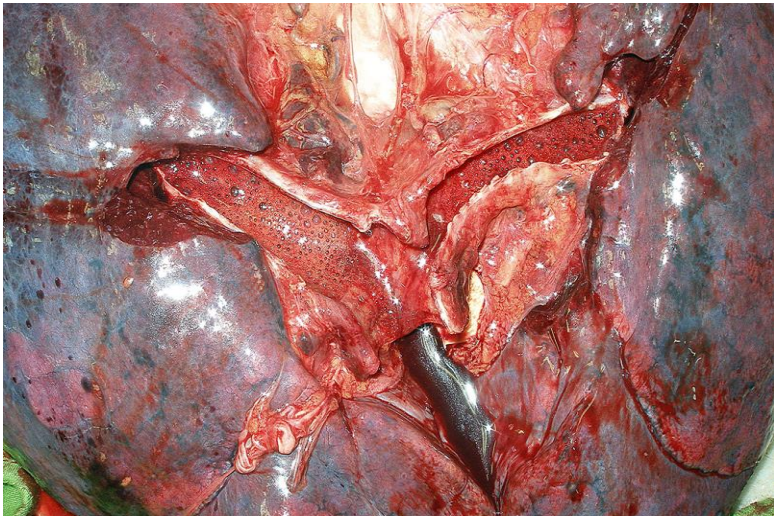


Рисунок 34 – набряк легенів. Рідина в бронхах

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті : Наказ МОЗ України від 08.08.2006 р. № 545 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1150-06#Text>.

2. Загальні правила проведення патологоанатомічних розтинів померлих та прижиттєвих патоморфологічних досліджень операційного і біопсійного матеріалів : методичні рекомендації / С. Г. Гичка та ін. – Київ, 2017. – 57 с.

3. Про удосконалення дитячої патологоанатомічної служби : Наказ МОЗ України від 19.08.2004 р. № 417 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-04#Text>.

4. Про затвердження порядку обліку та розгляду випадків смерті жінок під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді : Наказ МОЗ України від 29.11.2013 р. № 1031 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2171-13#Text>.

5. Про затвердження форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення : Наказ МОЗ України від 10.01.2006 р. № 1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0686-06#Text>.

6. Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті : Наказ МОЗ України від 08.08.2006 р. № 545 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1150-06#Text>.

7. Патоморфологія та гістологія : атлас / за ред.: Д. Д. Зербіно, М. М. Багрія, Я. Я. Боднара, В. А. Діброви. – Вінниця : Нова книга, 2016. – 800 с.

8. Основи патології за Робінсоном : переклад 10-го англ. вид. : у 2 т. / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер ; наук. ред. перекл. проф. І. Сорокіна, С. Гичка, І. Давиденко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019. – Т. 1, XII. – 420 с.

9. Основи патології за Робінсоном : переклад 10-го англ. вид. : у 2 т. / Віней Кумар, Абул К. Аббас, Джон К. Астер ; наук. ред. перекл. проф. І. Сорокіна, С. Гичка, І. Давиденко. – Київ : ВСВ «Медицина», 2020. – Т. 2, XII. – 532 с.

10. Патологічна анатомія. Атлас макропрепаратів [Електронний ресурс] : навч. посіб. : у 2 ч. Ч. 1. Загальнопатологічні процеси / А. М. Романюк, Л. І. Карпенко, Р. А. Москаленко та ін. – Суми : Сумський державний університет, 2016. – 159 с. – Режим доступу : [Pathomorphology_Isem_ua.pdf](#).

11. Патологічна анатомія. Атлас макропрепаратів [Електронний ресурс] : навч. посіб. : у 2 ч. Ч. 2. Патологія окремих органів та систем / А. М. Романюк, Р. А. Москаленко, Л. І. Карпенко та ін. – Суми : СумДУ, 2017. – 204 с. – Режим доступу : [patomorphology_II.pdf](#).

12. Essentials of pathology / Ya. Vodnar, A. Romaniuk, V. Voloshyn, V. Gargin. – Kharkiv : Planeta-Print, 2020. – 216 p.

13. Патоморфологія : нац. підруч. / В. Д. Марковський та ін. ; за ред. В. Д. Марковського, В. О. Туманського. – Київ : ВСВ «Медицина», 2015 – 936 с.

14. Струков А. И. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов ; под ред. В. С. Паукова. – 6-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 880 с. : ил.

15. Sorokina I. V. Pathomorphology : textbook / I. V. Sorokina, V. D. Markovskiy, D. I. Halata. – 2nd edition. – Kyiv : AUS Medicine Publishing, 2020. – 328 p.

Навчальне видання

Романюк Анатолій Миколайович,
Гирявенко Наталія Іванівна,
Москаленко Роман Андрійович,
Линдін Микола Сергійович,
Сікора Владислав Володимирович

**ФОРМУВАННЯ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО ДІАГНОЗУ
ТА ЛІКАРСЬКОГО СВДОЦТВА ПРО СМЕРТЬ
У РАЗІ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Навчальний посібник

*За загальною редакцією
доктора медичних наук, професора А. М. Романюка,
кандидата медичних наук Н. І. Гирявенко*

Художнє оформлення обкладинки Н. І. Гирявенко
Редактори: Н. З. Клочко, С. М. Симоненко
Комп'ютерне верстання В. В. Сікори

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 13,54. Обл.-вид. арк. 13,25. Тираж 300 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої діяльності ДК № 3062 від 17.12.2007.