

ЕКСПЕРТУ-ПРАКТИКУ

АУТОПСІЯ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ

І. В. Іркін¹, В. Д. Мішалов¹, Б. В. Михайличенко², В. В. Войченко³
О. В. Дунаєв⁴

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика¹

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця²

ОКЗ «Дніпропетровське бюро судово-медичної експертизи»³

ДЗ «Луганський медичний університет»⁴

Розтин трупа — складна і надзвичайно відповідальна науково-практична експертиза, регламентована щодо послідовності всіх маніпуляцій, суворого дотримання правил розтину порожнин тіла і кожного органу, взяття матеріалу для мікроскопічних та інших методів досліджень.

Патологоанатомічний розтин (аутопсію) лікар-патологоанатом здійснює в першу чергу для лікарів-клініцистів, і основна його мета — визначення причини смерті, уточнення достовірності та повноти прижиттєвої діагностики, адекватності проведення діагностичних, лікувальних й профілактичних заходів, отримання даних про патоморфологію хвороб під дією лікувальних, соціальних та екологічних факторів, а також знаходження пояснення щодо не повною мірою з'ясованих позицій у симптоматиці або відсутності деяких з них.

Якщо під час розтину виявлено розбіжність у діагнозах, то виникає потреба виявити причину та час, коли вона з'явилась, спільними зусиллями визначити, що слід було б зробити і на якому етапі, щоб цього не відбувалося. Результати патологоанатомічних розтинів, зафіксовані у медичних свідоцтвах про смерть, протоколах розтинів, є найбільш достовірною інформацією про структуру захворюваності та смертності населення, необхідною для медичної та державної статистики окремих регіонів і країни в цілому.

Інформацію, яку отримують в результаті аналізу патологоанатомічних розтинів, слід використовувати як об'єктивний критерій якості діагностичного та лікувального процесу на всіх етапах, а також при ліцензуванні лікувально-профілактичних закладів. Обов'язкова присутність лікарів клінічних відділень та діагностичних служб під час розтину й участь в аналізі летальних випадків необхідні для формування і вдосконалення їх професійної класифікації та розвитку клінічного мислення.

Важливим для медицини є евристичне значення розтинів. Так, у 1963 році патологоанатоми отримали дані про енцефалопатію, яка була поєднана з жировою дегенерацією печінки та нирок і отримала назву синдром Рейє.

Перше обґрунтування гіпертрофічної кардіоміопатії було зроблено англійським патологоанатомом R. Teare у 1958 році. Детальний аналіз ролі легіонельозу у розвитку пневмоній з ле-

тальним наслідком було зроблено саме патологоанатомами у 1988 році, а у 1994 році завдяки патологоанатомічним дослідженням була встановлена роль гантавірусу у розвитку легеневого дистрес-синдрому у дорослих.

Канадські патолого-анатоми В. McManus та Sh. Babul коротко узагальнили успіхи медицини, досягнуті у другій половині ХХ століття завдяки аутопсії. Зокрема, аналіз матеріалів аутопсій відіграв значну роль у виявленні таких патологій:

- **інфекції:** вірусний гепатит; міокардит; мікрококовий ентероколіт; гантавірусна хвороба легень; хвороба Уіппа; дисемінований кандидоз; хвороба легіонерів;

- **дія токсичних та фізичних агентів:** радіаційна патологія; радіаційний нефрит; нефропатія, обумовлена диетиленгліколем; професійні хвороби легень; антрациклінова кардіоміопатія; гіпервітамінози; отруєння уретаном (печінка, кістковий мозок);

- **генетична, спадкова та вроджена патологія:** фіброзно-кістозна хвороба підшлункової залози; класифікація вроджених та набутих хвороб серця; колагенові хвороби; цирози печінки та дефіцит І-трипсину, адренолейкодистрофія;

- **перинатальна патологія:** еритробластоз плода; метаболічні хвороби накопичення; перинатальна смерть; емболія навколоплідними водами; синдром Шихана;

- **ендокринні та метаболічні порушення:** гіперпаратиреоз; діабетичний гломерулосклероз; вторинний гемохроматоз; глікогенова хвороба; амілоїдоз серця; карциноїдна хвороба серця;

- **запальні захворювання:** ліпоїдна пневмонія; синдром Рейє; ревматична хвороба серця; дифузний інтерстиціальний фіброз легень;

- **передпухлинні процеси і пухлини:** мієлоїдна метаплазія; посттрансплантаційні лімфопроліферативні порушення; пухлини кісток;

- **ятрогенні:** наслідки застосування гормональної терапії та хіміотерапії при злоякісних новоутвореннях.

Основне місце в клініко-патологоанатомічному аналізі належить порівнянню клінічного та патологоанатомічного діагнозів з виявленням діагностичних помилок та встановленням причин їх виникнення. Порівняння діагнозів здійснюється за основним захворюванням, ускладненнями, супутніми захворюваннями.

Порівняння діагнозів за основним захворюванням може дати два результати:

- збіг діагнозів;
- розбіжність діагнозів.

Розбіжність діагнозів встановлюється у тому випадку, коли неправильно діагностовано нозологічну форму основного захворювання, його етіологію, локалізацію, а також якщо не розпізнане одне із захворювань у складі комбінованого основного захворювання.

Порівняння діагнозів за ускладненнями та супутніми захворюваннями може дати три результати:

- розпізнані діагнози;
- нерозпізнані діагнози;
- гіпердіагностика.

Кількість діагностичних помилок враховується при оцінці якості роботи лікувальної установи, особливо важливим показником є кількість розбіжностей діагнозів.

Причини діагностичних помилок, які мають бути визначені в кожному конкретному випадку шляхом аналізу історії хвороби, можуть бути об'єктивними та суб'єктивними.

Об'єктивними причинами діагностичних помилок є складність діагностики, тяжкий стан хворого, короткочасність перебування хворого в лікувальній установі (менше ніж три доби).

Суб'єктивними — недостатнє обстеження хворого, недооцінка анамнестичних, клінічних даних,

неправильне трактування діагнозу.

При клініко-анатомічному аналізі увага звертається на правильність формулювання клінічного діагнозу, особливо на дотримання нозологічного та патогенетичного принципів у його написанні.

Клініко-анатомічний аналіз включає також оцінку адекватності методу лікування та правильність ведення медичної документації. Важливою частиною аналізу кожного клініко-анатомічного спостереження є визначення його особливостей порівняно із звичайними варіантами клінічного перебігу й морфологічної характеристики захворювання. Якщо випадки захворювань є цікавими для широкого кола лікарів різних спеціальностей, то вони виносяться на загальне обговорення — клініко-патологоанатомічні конференції.

Одним із завдань патологоанатомічної служби є контроль за якістю лікування хворих. Ця служба є своєрідним ВТК (відділ технічного контролю) закладу охорони здоров'я. Діагностичні помилки виявляються лікарем патологоанатомом, а аналізуються лікарями-спеціалістами.

Для проведення такого аналізу у закладах охорони здоров'я створюються лікувально-контрольну комісії, основним завданням яких є аналіз лікувально-діагностичних помилок і вживання адміністративних заходів до лікарів-клініцистів, які їх допустили.

ГРАФІЧНИЙ РЕДАКТОР ДЛЯ ОФОРМЛЕННЯ СХЕМ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ ПОТЕРПІЛИХ «КОНТУР»

В.В. Войченко, В.В. В'юн

ОКЗ «Бюро судово-медичної експертизи Дніпропетровської ОДА»

Засновник Харківської школи судових медиків, Заслужений професор Микола Сергійович Бокаріус у 1930 р. вперше запропонував контурні схеми тіла людини як наглядні інформаційні додатки до актів судово-медичного дослідження живих осіб та трупів.

Під однойменною назвою – «Контурные изображения частей тела человека» в 1952 році в м. Ленінград доцент Віктор Миколайович Бокаріус підготував та випустив ці схеми, які були настільки актуальні серед судових експертів, що дуже скоро розійшлись, і стали бібліографічною рідкістю.

Значно пізніше, в 1990 році вченими-науковцями кафедри судової медицини ХМАПО під керівництвом професора В.І. Кононенко, як додаток до «Актив судово-медичного дослідження», був розроблений та випущений «Каталог схематичного зображення контурів тіла людини».

В теперішній час судово-медичні експерти, з метою забезпечення документації та ілюстрації тілесних ушкоджень, накладень біологічного походження і сторонніх забруднень, широко користуються таким прийомом, як судова фотографія з використанням сучасних цифрових технологій.

Тому, все частіше висловлюються думки про те, що відомі схематичні зображення примітивні, малоінформативні, трудозатратні, відбирають час у дослідника і, за цих обставин, втрачають в експертній практиці свою актуальність.

Однак, ще проф. Микола Сергійович Бокаріус в свій час наголошував на те, що які б детальні записи тілесних ушкоджень не були в протоколі експертного дослідження, та якою б кількістю фотосвітлин не доповнювався цей протокол, все це не завжди дає повноту наглядного уявлення про загальну кількість заподіяних ушкоджень, їх характер, форму, розміри, взаємне розташування, тощо.

Відомо, що схема є універсальним зоровим образом, своєрідною моделлю, яка лаконічно вбирає в себе, інтегрує та наглядно демонструє значний об'єм судово-медичної інформації і фіксує чисельну кількість інших різних фактів. З такою моделлю зручно працювати: аналізувати встановлені різнопланові дані, узагальнювати їх, уможливно вибудовувати складні багатоланкові ланцюги логічних міркувань, роздумів, розсудів, і, в результаті, дозволяє прийти до вірних науково обґрунтованих переконливих експертних висновків.

Отже, на нашу думку, на сьогодні немає під-