

ВИПАДОК РАПТОВОЇ СМЕРТІ ВІД ГОСТРОЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ВНАСЛІДОК ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ СЕРЦЯ

Виконавці: Хобзей С.М.-студ. VI курсу мед.ф-ту, Бабенко В.І. – студ. IV курсу мед. ф-ту
Науковий керівник: ас. Нікіфоров А.Г., доц. Черняк В.В.

Курс судової медицини

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

В наш час непоодинокі випадки чи прижиттєвоне діагностованих вад серця чи асимптомний їх перебіг. Але ця категорія пацієнтів займають одне із ведучих позицій в структурі раптової смерті від хвороб серцево-судинної патології, особливо в молодому віці.

Метою дослідження є вивчення морфологічних змін при проведенні внутрішнього дослідження випадку раптової смерті внаслідок вродженої вади серця.

Нами був розглянутий випадок раптової смерті громадянина В., 21 рік. При внутрішньому дослідженні трупа виявлено: навколосерцева сумка ціла, в порожнині її міститься до 5мл. жовтуватої, прозорої рідини. Серце трикутно-овальної форми, розмірами 12,5x12,5x6см, вага 510г. Епікард містить помірну кількість жирової клітковини. На поверхні серця дрібно-крапкові крововиливи. Правий передсердно-шлуночковий отвір в периметрі до 12, лівий до 10см. М'яз серця на розрізі темно-коричневого забарвлення. Товщина стінки лівого шлуночка 1,8-2,0см, в ділянці перетинки переходить в білувату фіброзну тканину, товщиною 0,2см, порожнина лівого шлуночка розширена. Товщина стінки правого шлуночка 0,2-0,4см, порожнина правого шлуночка розширена. Перетинка серця не має м'язового шару, представлена у вигляді щільної білуватої фіброзної тканини з гладкою блискучою поверхнею, товщиною 0,2см, яка частково переходить на стінку правого шлуночка, на світлі напівпрозора. В порожнині серця та великих судинах міститься рідка кров. Тристулковий та двостулковий клапани напівпрозорі, еластичні. Внутрішня оболонка серця волога, блискуча. Ширина аорти над клапанами до 7см, клапани її напівпрозорі, еластичні. Внутрішня поверхня аорти світло-жовтого забарвлення. В'язцеві артерії серця прохідні на всьому протязі. Легені в об'ємі не збільшені, на поверхнях легень дрібно- та великокрапкові крововиливи, на дотик гістувато-пухнасті. Тканина на розрізі темно-червоного забарвлення, поверхні розрізу стікає лінисто-крово'яниста рідина. Селезінка розмірами 15x10x6см, 180г, капсула її гладка, консистенція в'яла. Тканина на розрізі темно-вишневого забарвлення, скребок пульси незначний. Печінка розмірами 31x18,5x15x10см, капсула її гладка. Консистенція печінки щільно-еластична. Тканина на розрізі темно-коричневого забарвлення, повнокровна. Нирки розмірами: права 10x6x3см., ліва 10x5,5x4см. Тканина на розрізі темно-коричневого забарвлення. Кістки скелета черепа на розпилах товщиною 0,2-0,7см. Тверда мозкова оболонка не напружена, сірувато-перламутрового забарвлення, з кістками черепа рихло зрощена. В синусах її рідка кров. М'яка мозкова оболонка напівпрозора, волога. Судини її, та судини основи мозку звивисті. Звивини і борозни контурують. Тканина мозку на розрізі волога, набрякла, тягнеться за ножом. Кістки скелета, основи і лицьового скелета черепа цілі.

При судово-гістологічному дослідженні виявлено: агенезія міокарду в перетинці серця. Вогнищева агенезія міокарду в стінці правого шлуночку серця. Незначний склероз в'язцевої та інтрамуральних артерій серця. Склероз ендокарду. Дистонія інтрамуральних судин з гострим розладом кровообігу в міокарді, дистрофією та вогнищевою ішемією гіпертрофованих кардіоміоцитів (позитивне забарвлення на ішемію при забарвленні ГОПФ-методом) в стінці лівого шлуночку серця. Кардіоміоцити нерівномірно гіпертрофовані, міоплазма їх еозинофільна, зерниста чи мутна, ядра переважно гіперхромні, місцями пікнотичні. В деяких міозитах міоплазма з дрібними вакуолями. На зрізах при забарвленні на Ван-Гізон огрубіла строма міокарду, поверхня епікарду та ендокарду з червоним забарвленням сполучнотканинних волокон. При дослідженні перетинки серця м'язові волокна тут відсутні, замість них - дифузні розростання грубої волокнистої сполучної тканини, серед яких малокровні, грубоконтурні артеріоли; артерії з незначним склерозом стінок, малокровні чи запусілі. Подекуди зустрічаються поодинокі клітини, що нагадують кардіоміоцитами. Нервові стовбурці зажаті грубою волокнистою сполучною тканиною, лімфатичні судини запусілі, переважно спалі. На зрізах при забар-

вленні на Ван-Гізон стінка перетинки на всіх полях зору з інтенсивним червоним забарвленням грубої волокнистої сполучної тканини. Незначний інтерстиціальний міокардіосклероз стінки правого шлуночку серця. Набряк головного мозку з лакунами, дистонією судин, порушення мікроциркуляції, поодинокими дрібними навколосудинними еритроекстравазатами в підкорковій речовині та стовбурі головного мозку, дистрофією нейронів. Серозне та серозно-геморагічне просочування з дрібними вогнищами гострої альвеолярної емфіземи, дрібними субплевральними та інтраальвеолярними крововиливами, дистонією судин в повнокровних легенях. Венозне повнокрів'я та паренхіматозна дистрофія печінки, нирок. Венозне повнокрів'я селезінки.

Встановлено наступний судово-медичний діагноз: агенезія міокарду в перетинці серця. Вогнищева агенезія міокарду в стінці правого шлуночку серця. Незначний склероз вінцевої та інтрамуральних артерій серця. Склероз ендокарду. Незначний інтерстиціальний міокардіосклероз стінки правого шлуночку серця. Дистонія інтрамуральних судин з гострим розладом кровообігу в міокарді, дистрофією та вогнищевою ішемією гіпертрофованих кардіоміоцитів в стінці лівого шлуночку серця. Гостра серцево-судинна недостатність. Набряк головного мозку з лакунами, дистонією судин, порушення мікроциркуляції, поодинокими дрібними навколосудинними еритроекстравазатами в підкорковій речовині та стовбурі головного мозку, дистрофією нейронів. Серозне та серозно-геморагічне просочування з дрібними вогнищами гострої альвеолярної емфіземи, дрібними субплевральними та інтраальвеолярними крововиливами, дистонією судин в повнокровних легенях. Венозне повнокрів'я та паренхіматозна дистрофія печінки, нирок. Венозне повнокрів'я селезінки.

Отже, розглянутий випадок при наявності такої вродженої патології представляв собою клінічну картину гострої серцево-судинної недостатності, яка привела до раптової смерті внаслідок агенезії міокарду в перетинці серця та вогнищевої агенезії міокарду в стінці правого шлуночка.

СЕЗОННІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ

Виконавець: Цибулько Ю.О. — I курсу, мед. ф-ту
Науковий керівник: к.м.н., асистент Передерій Н.О.

Кафедра медичної біології.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава

Актуальність проблеми: Статистично більшість хворих відмічає сезонну залежність перебігу захворювань жовчного міхура, тому вивчення морфологічних змін в стінці жовчного міхура людини в різні пори року є актуальним. За літературними даними хворі на хронічний холецистит складають приблизно 20% і займають одне із провідних місць серед непрацездатного населення. Також спостерігається зростання захворюваності хронічними холециститами та їх ускладнення у вигляді жовчнокам'яної хвороби. Консервативне лікування доволі тривале, а хірургічне лікування — холецистектомія, займає друге місце за числом оперативних втручань після апендектомії. Вивчення особливостей морфологічних змін в жовчному міхурі дає можливість зрозуміти механізми виникнення захворювання в цьому органі в різні пори року і тим самим попередити розвиток патологічних процесів і розробити засоби профілактики.

Наукова новизна роботи: на основі проведених досліджень показані особливості морфологічних змін слизової оболонки жовчного міхура людини в різні пори року, а саме у літній та зимовий періоди.

Мета: провести аналіз морфологічних змін і визначити характер змін будови оболонок жовчного міхура людини в різні пори року.

Методи: матеріалом для дослідження були жовчні міхури, взяті у померлих людей, причина смерті яких не була пов'язана з патологією жовчовивідної системи. Робота виконана на 16 жовчних міхурах людей зрілого віку. Використовували загальногістологічні методи дослідження: гематоксилін-еозин та Ван Гізон + Харт.

Результати дослідження: встановлені морфологічні зміни стінки жовчного міхура у людей зрілого віку в літню та зимову пору року. Із літній період відмічається різне розташування складок слизової оболонки жовчного міхура. Так в ділянці тіла жовчного