

тоді, коли ми будемо краще розуміти всі аспекти захворювання, зокрема, клініко-епідеміологічні показники.

Мета роботи: вивчити клініко-епідеміологічні аспекти раку молочної залози на основі ретроспективного аналізу післяопераційного матеріалу.

Матеріали та методи: матеріал був взятий у Полтавському обласному патологоанатомічному бюро (ПОПАБ) за 2023 рік. Проведено аналіз протоколів патогістологічних висновків та мікроскопічне дослідження післяопераційного матеріалу, доставленого з Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ПОКОД). Під час проведення аналізу визначали вік хворих, ступінь диференціювання пухлини, особливості її росту та їх взаємозв'язок.

Результати: за 2023 рік у ПОКОД було прооперовано 238 жінок з РМЗ, післяопераційний матеріал яких доставлений у ПОПАБ. Середній вік пацієнток склав $65,1 \pm 10,45$ років. В залежності від ступеня диференціювання пухлини досліджуваний матеріал був розподілений на три групи: високодиференційовані (ВДР) ($n=18$, 7.56%), помірnodиференційовані (ПДР) ($n=164$, 68.91%) та низькодиференційовані (НДР) ($n=56$, 23.53%) карциноми. Визначено прямий кореляційний зв'язок між ступенем диференціювання пухлини і її розміром: середня величина пухлини у найбільшому розмірі при ВДР становила $2,33 \pm 1,28$ см, при ПДР – $2,65 \pm 1,44$ см, а при НДР – $3,27 \pm 1,36$ см. Встановлено, що між ступенем диференціювання раку та віком пацієнток не має кореляційного зв'язку. Відмічено, що всі форми злоякісних пухлин характеризувались проростанням у стінки кровоносних та лімфатичних судин: при ВДР – у 33 % випадків, ПДР – у 84% випадків, НДР – у 95 % пухлин. Проте ВДР не давав метастази, ПДР метастазував у 52,4 % випадків, а НДР – у 59 % випадків.

Висновки: встановлено, що ступінь диференціювання РМЗ не залежить від віку пацієнток, проте розмір пухлини при її виявленні, проростання у лімфатичні та кровоносні судини та метастазування має кореляційний зв'язок зі ступенем його диференціювання.

Ключові слова: рак молочної залози, патоморфологія, вік, біологічна поведінка.

ОСОБЛИВОСТІ МІНО-ВИБУХОВИХ ТРАВМ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

FEATURES OF MINE EXPLOSIVE INJURIES DURING FORENSIC MEDICAL EXAMINATION

Ріпка Ілона Володимирівна, Ольховик Артур Вікторович, Ганус Максим Юрійович
Ripka I., Olkhovuk A., Hanus M.

Науковий керівник: доктор філософії Мустафіна Г. М., д.мед.н., проф. Старченко І. І.

Scientific adviser: Mustafina H., PhD, prof. Starchenko I., D. Med. Sc.

Полтавський державний медичний університет

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

м.Полтава, Україна

Актуальність: удосконалення знань щодо вогнепальної та вибухової травм є нагальним питанням. Розуміння механізмів та особливостей ушкоджень м'яких тканин при дії даного чинника на організм людини, сприяє кращому розумінню негативних наслідків та підготовці медичного персоналу до ефективного реагування в надзвичайних ситуаціях.

Мета роботи: дослідження спрямоване на встановлення видових ознак та механогенезу вогнепальних ушкоджень, зокрема міно-вибухової травми.

Матеріали та методи: аналіз результатів судово-медичних експертиз.

Результати: в ході проведення експертизи трупа чоловіка було виявлена ампутація правої кисті та обширні дефекти тканин в тім'яно-скроневій ділянці черепа. В іншому випадку виявлено поодинокий обширний дефект в ділянці спини. Крім таких значних ран було виявлено безліч дрібних. В деяких випадках були лиш поодинокі чи групи дрібних ушкоджень по типу вогнепальних. кожного разу поставало питання що саме перед нами –вогнепальна, вибухова чи комбінована травма.

Необхідно зазначити відмінності між міно-вибуховими та вогнепальними травмами: міно-вибухові травми частіше призводять до обширних внутрішніх кровотеч та уражень м'язово-скелетної системи внаслідок розсіяних та фрагментаційних ушкоджень. Вогнепальні травми, з іншого боку, частіше пов'язані з органічними ушкодженнями та перфораціями внутрішніх органів.

Існують певні видові діагностичні особливості, що обумовлюють виникнення ушкоджень, спричинених проходженням фрагменту: при проходженні фрагменту через порожнисті органи живота, які заповнені рідким вмістом або газом, може утворитися тимчасова порожнина. Ця порожнина утворюється внаслідок того, що фрагмент стискає тканини органу, а потім розтягує їх. Пульсація тимчасової порожнини може призвести до значних розривів стінок органу у

напрямку до периферії раневого каналу. При цьому розриви виникають внаслідок передачі енергії фрагменту на стінки органу через їх вміст. При пошкодженні паренхіматозних органів енергія фрагменту передається безпосередньо на тканини. Тут на шляху виникнення тимчасової порожнини немає проміжної ланки у вигляді рідини або газу, тому спостерігається руйнація цих органів.

Морфологічно в зоні пошкодження тканин при попаданні фрагменту виділяють три зони: перша зона - раневий канал, як зона безпосереднього руйнування тканин зарядом; друга зона - зона контузії. (забій, струс), що утворюється внаслідок безпосереднього впливу заряду на тканини; третя зона - зона вторинного некрозу, яка утворюється внаслідок впливу ударної хвилі від вибуху.

Розміри тимчасової порожнини та масштаби пошкодження тканин - залежать від декількох факторів, зокрема: від розміру та швидкості фрагменту; від анатомо-фізіологічних особливостей тканин і органів, через які проходить фрагмент, та ін.

Висновки: в ході проведеного аналізу випадків смерті від ушкоджень, зокрема судово-медичної експертизи трупа чоловіка було виявлено видові ознаки мінно-вибухової травми.

Ключові слова: міно-вибухова травма, вогнепальні ушкодження, раневий канал.

ПИТАННЯ «СМЕРТІ МОЗКУ» В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ THE ISSUE OF "BRAIN DEATH" IN MODERN MEDICINE

Потькало Катерина Ігорівна, Ковбаса Катерина Ігорівна, Писаренко Карина Юріївна
Potkalo K., Kovbasa K., Pysarenko K.

Науковий керівник: доктор філософії Мустафіна Г. М., к.мед.н., доц. Черняк В. В.

Scientific adviser: Mustafina G., PhD, assoc. prof. Chernyak V., PhD, MD

Полтавський державний медичний університет

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

м.Полтава, Україна

Актуальність: наразі смерть мозку трактується як повне та незворотне припинення всіх функцій головного мозку, в тому числі й стовбура, що реєструється при працюючому серці та ШВЛ. Швидка і точна реєстрація даного стану необхідна для припинення марної підтримки функцій життєдіяльності. Проблема смерті мозку стає значущою, якщо пацієнт, після її констатації, розглядається в якості потенційного донора.

Мета роботи: робота направлена на висвітлення актуальності проблемних питань діагностики смерті мозку.

Матеріали та методи: ознайомлення з експертизами трупів, що померли в лікарні.

Результати: смерть мозку встановлюється на підставі як клінічних, так і інструментальних досліджень. Це, в більшості, направлено на те, щоб відрізнити СМ від декортикації, що, на відміну, не розглядається як смерть.

Вперше поняття «смерть мозку» виникло у післявоєнні роки минулого століття. Його описав Mollaret та Goulon у 1959р., коли стан стовбурової арефлексії, відсутності спонтанного дихання та відсутності свідомості з'явився у 23 пацієнтів. Тоді медики використали термін «le coma de'pase» - «стан за межами коми» або «замежна кома». Лише через десять років Гарвардська школа медицини прийняла це, як новий критерій констатації смерті. А у 1979р. був опублікований меморандум, який прирівнював смерть мозку до смерті людини в цілому.

Зараз, по сплину майже сторіччя, існує порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини, який дозволяє не витратити марні ресурси (фізичні, матеріальні, психічні) на той стан організму, коли допомога вже неефективна. Натомість, сучасні дослідження та статті все більше направлені на прийняття факту смерті мозку, як пускового механізму до розвитку трансплантології та порятунку живих.

Показаннями до ініціації процедури констатації смерті мозку є наявність коми III ступеня за певних умов. Ініціація такої процедури через розгляд пацієнта як потенційного донора неприпустима. Лише у випадку підтвердження незворотної смерті - констатації смерті мозку пацієнта консиліумом лікарів, померла особа може розглядатися як потенційний донор.

Висновки: при наявності в медкарті «Акту про констатацію смерті мозку людини», дата смерті - це дата коли констатовано смерть мозку, а не дата відключення від апаратури.

В рамках відділень реанімації та інтенсивної терапії необхідне всебічне висвітлення концепції смерті мозку, подальше удосконалення її правових основ, та роз'яснення морально-етичних протиріч медикам та суспільству.

Ключові слова: смерть мозку, дата смерті, померла особа.