

Italian interim recommendations for personnel potentially exposed to material from corpses, including body fluids, in morgue structures and during autopsy practice. *PATHOLOGICA* 112, 64-77. doi: 10.32074/1591-951X-13-20

4. Lacy, J. Matthew MD; Brooks, Erin G. MD Akers, Joshua MD; Armstrong, Danielle DO... Utley, Suzanne MD (2020 September). COVID-19 Postmortem Diagnostic and Biosafety Considerations. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 3,41, 143-151. doi:10.1097/PAF.0000000000000567

5. Цебрій Є. (15.05.2020). Після скандалу із моргом у Тернополі чиновники заплуталися у неправді. Терміново новини Тернополя. URL: <https://terminovo.te.ua/news/28651/>

Ергард Наталія Миколаївна

кандидат медичних наук, доцент

доцент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кулій Ольга Іванівна

лікар судово-медичний експерт гістолог,

відділення судово-медичної гістології судово-медичного

лабораторного відділу

Київське міське клінічне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТУВАННЯ COVID-19 ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ РОЗТИНІ

Внаслідок пандемії 2020 року, причиною якої став COVID-19, виникло багато дискусій медичного характеру. Невідомість проявів вірусної інфекції, їх ускладнень, а також відсутність вакцини все це призвело до панічного настрою серед населення. Не готовність медичних закладів України до прийому та надання медичної допомоги масштабним потокам хворих, а також відсутність необхідного обладнання для надання кваліфікованої медичної допомоги, призвело до збільшення летальних наслідків серед хворих. Окрім того, складність диференційного діагнозу між вірусом COVID-19 та іншими вірусними інфекціями (вірус грипу тощо) призвели до пізніх термінів встановлення діагнозу COVID-19 та швидкого розвитку ускладнень у хворих, внаслідок чого збільшились випадки з летальним наслідком.

В результаті COVID-19 збільшилась летальність не тільки серед хворих, які перебували у медичних закладах, але й серед тих, хто лікувався вдома. Це вплинуло на збільшення завантаженості відділу експертизи трупів в українських Бюро судово-медичних експертиз. Проблемаю стало те, що заклади судово-медичних експертиз не підготовлені до розтинів осіб, померлих внаслідок небезпечної інфекції. Відсутність окремих приміщень для такого виду розтину, відсутність захисних засобів, а також відсутність окремої каналізації, обумовило зростання випадків захворювання серед персоналу моргів. Складністю судово-медичних розтинів є і те, що на відміну від патологоанатомічного розтину, експерту невідомий ні діагноз померлої особи, ні анамнез її захворювання. Особливо це стосується осіб, які померли вдома. Тому, судово-медичний експерт лише під час розтину може запідозрити певний вид інфекції чи патологічного стану, обумовленого інфекцією. Не маючи необхідного захисного засобу під час розтину, судово-медичний експерт піддається ризику підхопити захворювання під час розтину. Що, наразі, і відбувається в моргах українських Бюро судово-медичної експертизи.

Необхідно зауважити, що існує і проблема встановлення діагнозу COVID-19 при розтині померлої особи. При огляді трупа особливостей, які б вказували на COVID-19 не існує, однак при розтині в більшості випадків з COVID-19 були наявні патологічні зміни легеневої тканини. Тому, під час розтину, судово-медичний експерт може лише зробити

припущення щодо наявності COVID-19 у померлої особи. Деякі особливості, які б опосередковано свідчили про COVID-19 виявляються при гістологічному дослідженні легеневої тканини. А саме, для морфологічної картини COVID-19 в легенях на піку захворювання спостерігається тромбоз судин, фібротизація паренхіми і плеври з розвитком фібринозного плевриту (як прояв легеневої дихальної недостатності).

Однак, необхідно зауважити, що у ослаблених осіб, які мають онкологічні захворювання, або ж у тих, що вживають наркотичні препарати також в легеневій тканині при гістологічному дослідженні виявляють в просвітах судин змішані та фібринові тромби, виражений інтерстиціальний набряк, в просвітах альвеол – еозинофільна рідина з домішками поодиноких макрофагів, лімфоцитів та подекулі груп лейкоцитів, в багатьох альвеолах спостерігається серозний ексудат з домішками фібрину пристінково (характерна морфологічна картина початкових ознак респіраторного дистресс-синдрому з гіаліновими мембранами пристінково). Виявляється проліферація фіброblastних клітин з дрібними та дифузними вогнищами фібротизації цих фібринових мас (характерна морфологічна картина респіраторного дистресс-синдрому в стадії проліферативних змін), згодом виникають дрібні дифузні та великі вогнища фібротизації (через кілька днів), фібротизація плеври з вираженим накладанням мас фібрину. При приєднанні бактеріальної флори розвивається і гнійна пневмонія та бронхіт.

Висновки: Враховуючи вище викладене, приходимо до висновку, що характерної морфологічної картини, яка б 100 % підтверджувала діагноз «Коронавірусна інфекція (COVID-19)» не існує. Є ознаки, які можуть свідчити про те, що організм людини вражений інфекційним агентом, однак для його виявлення необхідно проводити додаткові методи дослідження для верифікації вірусу. Крім того, слід зазначити, що у медичного персоналу, який приймає участь у дослідженні померлих осіб в умовах адаптивного карантину, немає відповідних засобів захисту, тому вони перебувають у постійній групі ризику.

Зарицький Г.А.

кандидат медичних наук

асистент кафедри судової медицини та медичного права

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Колісник О.С.

полковник медичної служби,

начальник клініки нефрології НВМКЦ

«Головний військовий клінічний госпіталь»

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ НА COVID-19 У ГОЛОВНОМУ ВІЙСЬКОВОМУ КЛІНІЧНОМУ ГОСПІТАЛІ

3 квітня 2020 року до клініки інфекційних захворювань Головного військового клінічного госпіталю почали надходити хворі з діагнозом COVID-19. Усього в період з квітня по жовтень 2020 р. надійшло більше 500 пацієнтів, при цьому у 5 % хворих спостерігалась тяжка форма захворювання, а у 95 % - середньої важкості. Основним критерієм для оцінки важкості пацієнтів було об'єм ураження тканини легень. За вказаний період часу померло 7 осіб, що складає 3,5 % від усіх випадків захворювання. Під час лікування застосовувався стандартний протокол розроблений і рекомендований МОЗ України, з урахуванням стану пацієнта та супутніх захворювань.

Як приклад можна навести історію хвороби пацієнта П. Захворів гостро, 26 липня 2020 року, коли почав турбувати сухий надсадний кашель, головний біль, підвищення температури тіла до фебрильних цифр. 28.07 звернувся до госпіталю, було призначено амбулаторне лікування. 30.07.2020 було отримано позитивний результат ПЛР-тесту, а 31.07.2020 госпіталізований, у зв'язку із погіршенням стану. 03.08.2020 р. виконано