

В зависимости от клинико-морфологических особенностей в 146 случаях диагностирована интерстициальная пневмония, в 70 - бронхопневмония. В зависимости от распространенности в 165 наблюдениях пневмония была двусторонняя.

По преобладанию экссудата пневмония серозно-гнойная в 95 случаях, гнойная - 91, фибринозно-гнойная - 20, серозно-геморрагическая - 10.

В зависимости от оперативного вмешательства в 146 (67,6%) наблюдениях были проведены операции на органах брюшной полости (наиболее часто по поводу рака или гангрены кишечника); в 21 (9,7%) - производилась ампутация нижних конечностей, развившаяся на фоне сахарного диабета; в 17 (7,9%) - отмечена нейрохирургическая патология (в основном проводилась трепанация черепа по поводу опухоли головного мозга или кровоизлияния в мозг); в 11 (5,1%) - операции на сердце; в 8 (3,7%) - по поводу рака легкого; в 7 (3,2%) - опухоли женской половой системы; в 6 (2,8%) - патология органов мочевыводящей системы.

К причинам смерти пациентов, кроме основного заболевания и присоединившейся пневмонии, можно отнести выраженный отек легких в 108 случаях, отек мозга - 44, тромбоэмболия легочной артерии - 14, хроническая почечная недостаточность - 10, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность - 9, ДВС-синдром - 2.

В 4 наблюдениях пневмония как смертельное осложнение послеоперационного периода была диагностирована только на вскрытии.

Выводы. Таким образом, послеоперационная пневмония является одной из основных причин смерти послеоперационных пациентов, что указывает на необходимость усовершенствования методов диагностики и лечения.

СЛУЧАЙ АНГИОЛЕЙОМИОМЫ ЛЕГКИХ

Матвейчик Н.В., Подлозная Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель - ассист. Бутолина К.М.

Актуальность. Доброкачественные опухоли легких составляют около 7-10% всех новообразований легких. Ангиолейомиома - доброкачественная опухоль мягких тканей из зрелых гладкомышечных элементов и выраженного сосудистого компонента. В литературе описаны ангиолейомиомы с локализацией в коже, средостении, мочеточнике, половом члене, нижней челюсти, полости носа, полости черепа, заглоточном пространстве, магистральной вене, тонкой кишке. Ангиолейомиома легких встречается крайне редко. Наряду с большой редкостью опухоль не имеет характерной клинической картины и длительное время не проявляется.

Цель исследования: проанализировать случай ангиолейомиомы легких.

Материал и методы. Материалом для исследования явились данные истории болезни и гистологического исследования операционного материала.

Результаты. У пациента С., 73 лет, жителя г. Лида, при плановом профилактическом флюорографическом обследовании по месту жительства в проекции средней доли правого легкого было обнаружено округлое узловатое образование с четкими контурами до 2 см в диаметре. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Жалоб пациент не предъявлял. Из анамнеза установлено, что данное образование определялось у него на флюорограмме 3 года тому назад, без тенденции к росту. Для исключения туберкулезного поражения он был консультирован фтизиатром. В Гродненском областном онкологическом диспансере был выставлен диагноз «рак легкого» и для хирургического лечения был направлен в отделение торакальной хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница».

В стационаре пациенту был произведен комплекс диагностических обследований. При КТ исследовании легких на фоне диффузного пневмосклероза и эмфиземы в средней доле справа определялось округлое однородное образование с четкими неровными контурами 2 см в диаметре. Слева легочные поля без дополнительных теней. Правый корень расширен до 4,5 см, уплотнен. Трахея и крупные бронхи слева без особенностей, справа не исклю-

чалось некоторое сужение средне-долевого бронха. Определялись локально увеличенные до 1 см трахеобронхиальные лимфоузлы. Свободной жидкости в плевральных полостях не определялось. Костно-деструктивных изменений не выявлено. При проведении бронхоскопии карина подвижная, устья сегментарных и субсегментарных бронхов свободны.

Результаты лабораторных исследований (анализ мочи, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма) в норме. В мазках из среднедолевого бронха атипичные клетки не обнаружены. При ультразвуковом исследовании печени, почек очаговой патологии не выявлено. Результаты спирометрии: ЖЕЛ - 107%, МВ - 112%.

Пациенту произведена видео-ассистированная торакоскопия, удаление опухоли. Опухоль располагалась в средней доле правого легкого на переднедолевом бронхе в толще доли, ближе к корню. Опухоль овоидной формы, 2,5x2 см, в капсуле. Удалена электроножом. Ложе опухоли ушито. После микроскопического изучения срезов опухоли, окрашенных гематоксилином и эозином, был выставлен диагноз: ангиолейомиома. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан на 13 сутки в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Данное наблюдение показало, что ангиолейомиома была выявлена при рентгенологическом исследовании, характеризовалась бессимптомным течением и медленным ростом. Однако точный диагноз выставлен только после удаления опухоли и анализа ее гистологической структуры.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕРОЗНОЙ ЦИСТАДЕНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Павлова Д.В., Кононов Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра патологической анатомии

Серозная цистаденома поджелудочной железы встречается редко, преимущественно у женщин 50-70 лет и составляет около 10% всех панкреатических новообразований. Кистозные опухоли представлены гетерогенную группу доброкачественных опухолей с различными генетическими повреждениями, молекулярными особенностями и риском малигнизации. Несмотря на применение высокоразрешающих радиографических методов и эндоскопической визуализации возникают сложности при диагностики данного состояния. В русскоязычной литературе это новообразование описывается сравнительно редко. Современные методы исследований не дают полного понимания истинного происхождения и патогенеза образования кистозных процессов в поджелудочной железе.

Целью настоящего исследования явился клиничко – морфологический анализ секционного случая многокамерной серозной цистаденомы поджелудочной железы.

Материалами исследования явились медицинская документация и гистологические препараты умершей.

Результаты и обсуждение. Приводим описание секционного случая. Пациентка Ч., 84 лет поступила в стационар Гродненской городской клинической больницы №4 с клиникой кишечной непроходимости. Была проведена экстренная лапаротомия с целью резекции поперечно-ободочной кишки с опухолью. Во время операции была выполнена концевая трансверзостомия, наружный дренаж кист поджелудочной железы, санация брюшной полости. Через сутки после операции пациентка скончалась.

При патологоанатомическом исследовании было установлено основное комбинированное заболевание: 1. Стенозирующий рак поперечноободочной кишки (высокодифференцированная аденокарцинома) 2. Многокамерная серозная цистаденома хвоста поджелудочной железы. Эти заболевания осложнились obturационной кишечной непроходимостью и тромбозом ветвей легочной артерии. Помимо этого у больной имелся хронический пиелонефрит и кисты в почках, сахарный диабет 2-го типа (по клиническим данным).

Таким образом, возможным источником тромбозов могла явиться цистаденома поджелудочной железы. Также сочетание кистозных поражений поджелудочной железы и аденокарциномы поперечноободочной кишки может отражать схожесть этиопатогенетиче-