

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Прокопчик Н.И., Михалькевич Р.В., Волков В.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Панкреатит представляет собой одну из важнейших проблем хирургии.

Это объясняется неуклонным ростом за последние 20-30 лет количества больных острым и хроническим панкреатитом. Наряду с этим, отмечается отрицательная тенденция в структуре острого панкреатита, происходит увеличение количества деструктивных форм, а также трансформаций в хроническую форму заболевания [3]. Реальная частота заболеваемости хроническим панкреатитом неизвестна. В структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта данная патология составляет от 5,1 до 9%, в общей клинической практике – 0,2-0,6%, по секционным данным варьируют от 0,18 до 6%. В США за 1998 г. было зарегистрировано более 530.000 врачебных посещений, связанных с этим заболеванием, общей стоимостью примерно 63,8 млн долларов США [1, 2].

С учетом особенностей морфологии и клинического течения выделяют 5 форм хронического панкреатита: 1) хронический рецидивирующий панкреатит, характеризующийся отчетливыми периодами ремиссии и обострений процесса; 2) болевая форма с постоянными болями, доминирующими в клинической картине заболевания; 3) псевдоопухолевая форма; 4) латентная (безболевая) форма; 5) склерозирующий хронический панкреатит, который характеризуется сравнительно рано возникающими и быстро прогрессирующими признаками недостаточности функций поджелудочной железы.

Цель исследования: изучить морфологические особенности и состояние диагностики хронического панкреатита по данным аутопсий в Гродненской области.

Материал и методы исследования. В исследование были

включены 39 больных, умерших в стационарах г. Гродно в 2010-2011гг. У этих больных как в заключительном клиническом, так и в патологоанатомическом диагнозе в качестве основного заболевания, повлекшего смертельный исход, был выставлен хронический панкреатит [K86 по МКБ-10]. Нами осуществлен ретроспективный анализ историй болезни, протоколов вскрытий и микроскопических препаратов поджелудочной железы и других органов, взятых при аутопсии. В поджелудочной и окружающих тканях оценивали наличие и степень выраженности жировых и тканевых некрозов, кровоизлияний, фиброза, воспалительной инфильтрации, кист, псевдокист, кальцинатов, атрофических изменений экзо- и эндокринной паренхимы.

Результаты исследования. Среди умерших оказалось 26 мужчин и 13 женщин в возрасте от 35 до 88 лет. Средний возраст мужчин составлял 55,7, а женщин – 63,5 года. Длительность пребывания в стационаре колебалась от 1 до 58 койко-дней (в среднем – 11,1 койко-дней). При этом 30% умерших находились на стационарном лечении менее 2 суток, 20% – от 2 до 6 суток, 27% от 1 до 2 недель и 23% – свыше 2 недель.

Оперативные вмешательства были проведены в 13 (33,3%) случаях: лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости (6), лапаротомия, холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости (1), холецистэктомия (1), лапаротомия, спленэктомия, санация и дренирование брюшной полости (1), спленэктомия (1), резекция 2/3 желудка, дуоденостомия и дренирование брюшной полости (1), лапароскопическая санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости (1), диагностическая лапароскопия (в 1 случае). Повторные оперативные вмешательства были осуществлены в 46% наблюдений.

Ретроспективный анализ морфологических данных показал, что все случаи следует разделить на 3 группы.

Первую группу составили 12 (30,8%) умерших больных, у которых в поджелудочной железе отсутствовали морфологические изменения, характерные для хронического панкреатита. В железе и окружающих тканях определялись отек, кровоизлияния, тканевые и/или жировые некрозы, что характерно для острого панкреатита. При этом в 3 случаях некротические

изменения носили субтотальный характер. Описанные изменения в 8 случаях необходимо было интерпретировать как острый отечно-некротический, а в 4 – как острый геморрагический панкреатит [K85]. Во всех секционных случаях панкреатит сопровождался некротическим или гнойно-некротическим парапанкреатитом. Признаки септического расплавления детрита имели место в 4 (33,3%) случаях. В 4 наблюдениях имел место параколит, в 2 – деструкция полых органов (поперечно-ободочной кишки – дважды и в 1 случае – желудка), в 2 – флегмона забрюшинной клетчатки. Характерными осложнениями деструктивных форм панкреатита явились также перитонит (выявленный в 6 случаях), двусторонняя пневмония (8), эрозивный эзофагит и гастродуоденит, сопровождавшийся эпизодами кровотечений (5).

В первой группе мужчин и женщин оказалось поровну. Средний возраст женщин составлял 54 года, мужчин – 52 года; средняя длительность пребывания в стационаре – 8,8 койко-дней. Хирургические вмешательства были проведены в 75% случаях, при этом в 42% случаев были осуществлены повторные операции. Оказалось, что в 4 (33,3%) случаях предпосылкой для развития острого панкреатита явилась желчнокаменная болезнь, в 7 (58,3%) – хронический алкоголизм. Кроме того, в качестве фоновых заболеваний нами были отмечены такие заболевания, как хроническая ишемическая болезнь сердца (5), ожирение (2), хронический пиелонефрит (2), сахарный диабет (1).

Во 2 группу мы включили 13 (33,3%) секционных случаев. С учетом особенностей морфогенеза и патогенеза патологоанатомические изменения в поджелудочной железе и окружающих тканях, обнаруженные в этих наблюдениях, соответствовали картине хронического рецидивирующего панкреатита [K86.1; K86.3]. Поджелудочная железа была неоднородной консистенции, местами значительно уплотнена, содержала кисты и кальцинаты. На этом фоне как в самой железе, так и в окружающих тканях, определялись жировые или тканевые некрозы. Во всех секционных случаях имело место нагноение в поджелудочной железе, а также определялся гнойно-некротический парапанкреатит, оментобурсит. В 9 случаях имел место разлитой перитонит, в 4 – флегмона забрюшинной

клетчатки, в 2 – поддиафрагмальный абсцесс, в 1 – расплавление стенки 12-перстной кишки, в 1 – спаечная тонкокишечная непроходимость (в связи с чем была произведена резекция петли тонкой кишки), в 4 случаях – очаговая пневмония, в 2 – аррозивный гастродуоденит, приведший к постгеморрагической анемии. Морфологические признаки сердечной недостаточности были выявлены в 9 наблюдениях. Средний возраст мужчин во 2-й группе составлял 54,8 года, женщин – 68,8 года, а длительность пребывания в стационаре – 18,8 койко-дней. Хирургические вмешательства проводились в 23,1% случаях, при этом в 7,7% осуществлены повторные операции. Необходимо отметить, что во всех наблюдениях данной группы имели место сопутствующие и/или фоновые заболевания. В частности, хроническая ишемическая болезнь сердца была отмечена в 7, синдром зависимости от алкоголя – в 3, желчнокаменная болезнь – в 4, хронический холангит – в 2, ожирение – в 2, сахарный диабет – в 1 наблюдении.

В 3 группу мы включили 14 (35,9%) умерших больных, у которых, как показал ретроспективный анализ, отсутствовали острые деструктивные изменения в поджелудочной железе и окружающих тканях, а выявленные морфологические изменения соответствовали хроническому склерозирующему панкреатиту без признаков обострения [K86.0 – K86.3]. Среди умерших оказалось 12 мужчин (средний возраст – 55,9 лет) и 2 женщины (средний возраст – 56,5 лет). Длительность пребывания в стационаре в среднем составляла 10,5 койко-дней. Хирургические вмешательства были проведены в 20% случаев.

Оказалось, что в 85% случаев предпосылкой для развития хронического панкреатита в этой группе явился хронический алкоголизм; желчнокаменная болезнь имела место только в 7,1% случаев. Кроме того, в качестве сопутствующих и фоновых заболеваний были отмечены такие заболевания, как: хроническая ишемическая болезнь сердца (5), сахарный диабет (3) и хроническая обструктивная болезнь легких (в 1 наблюдении).

Одной из особенностей этой группы явилось то, что в 2 секционных наблюдениях был выставлен комбинированный патологоанатомический диагноз. В одном случае в качестве конкурирующего основного заболевания, помимо хронического

панкреатита, была выставлена хроническая ишемическая болезнь сердца, а в другом – рак селезеночного угла толстой кишки. Оказалось, что рак кишки был выявлен только во время третьего оперативного вмешательства. Во время первой операции больному была произведена резекция хвоста поджелудочной железы с кистой. В послеоперационном периоде развились инфаркты селезенки и перитонит, в связи с чем была осуществлена релапаротомия и спленэктомия. В дальнейшем, в связи с прогрессированием перитонита, произведена очередная лапаротомия и только тогда была выявлена опухоль толстой кишки.

Среди осложнений, отмеченных в 3-й группе, значились: очаговая пневмония (12), легочно-сердечная недостаточность (11), энцефалопатия смешанного генеза (11), кахексия (4), пролежни (3), постгеморрагическая анемия (2), послеоперационный перитонит и абсцессы печени (1), сепсис (1).

Заключение. Проведенный ретроспективный анализ клинических и секционных данных свидетельствует, что интерпретация морфологических изменений в поджелудочной железе (как при жизни больных, так и после вскрытия) только в 69,2% наблюдений соответствовала истине. В 30,8% наблюдений в качестве основного клинического и патологоанатомического диагнозов следовало выставить не хронический [K86], а острый [K85] панкреатит. Следовательно, в этих случаях была искажена медицинская статистика причин смерти.

Клинико-анатомический анализ секционного материала также показал, что основными этиологическими факторами панкреатита являются хронический алкоголизм и холелитиаз, что имело место у 56,4% и 35,9% умерших больных, соответственно.

Литература

1. Маев И.В. Хронический панкреатит: учебное пособие. – М. ВУНМЦ МЗ РФ. – 2003. – 80 с.
2. Ревель-Муроз Ж.А., Совцов С.А. Новый подход к лечению больных с хроническим фиброзирующим панкреатитом лазерной туннелизацией поджелудочной железы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т.171, №4. – С. – 33- 37.
3. Савельев В.В., Винокуров М.М., Гоголев Н.М., Потапов А.Ф.

Анализ эффективности применения различных методов искусственной детоксикации у больных в стерильной фазе панкреонекроза // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т.171, №3. – С. – 35- 38.

УДК 616.718.192 – 006 – 06:616.36 – 008.5

ОПУХОЛИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Пучинская М. В., Леонович С. И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение. Механическая желтуха (МЖ) является нередкой причиной госпитализации пациентов в отделения экстренной хирургии [1, 2]. Обычно на догоспитальном этапе, при отсутствии данных инструментальных исследований, определить причину ее развития достаточно трудно, и пациент, как правило, направляется в лечебное учреждение с синдромальным диагнозом МЖ.

Заболеваний, осложняющихся МЖ, достаточно много [3, 4]. Чаще всего она развивается при поражении органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), в частности, поджелудочной железы, желчного пузыря, внепеченочных желчевыводящих протоков и большого дуоденального сосочка [5]. В то же время, в ряде случаев к развитию МЖ приводят опухолевые поражения других органов брюшной полости, не относящихся формально к БПДЗ, в частности, желудка и толстой кишки. Такие клинические ситуации встречаются значительно реже, и, соответственно, также вызывают определенные трудности в диагностике. При этом следует отметить, что при невозможности выявить причину МЖ в пределах собственно органов БПДЗ, следует обязательно исследовать также органы желудочно-кишечного тракта для исключения их патологии.

Для точной диагностики причины развития МЖ важно