

**ПРОБЛЕМЫ  
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ  
ДИАГНОСТИКИ  
СОВРЕМЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ  
И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Сборник научных статей  
II съезда патологоанатомов Республики Беларусь  
(Гомель, 26–27 мая 2011 года)**

**Гомель 2011**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**ПРОБЛЕМЫ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ  
ДИАГНОСТИКИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ  
И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Сборник научных статей  
II съезда патологоанатомов Республики Беларусь  
(Гомель, 26–27 мая 2011 года)**

В научных статьях II съезда патологоанатомов Республики Беларусь включены статьи, посвященные проблемам патоморфологической диагностики современных инфекций и других патологических состояний. Проведение II съезда — 26–27 мая 2011 года.

**Редакционная коллегия:** А. Н. Лызиков, А. В. Рожко, М. К. Недзведь, Е. Д. Черствый, Ю. И. Рогов, И. А. Карпов, А. М. Неровня, Э. А. Надыров, Л. А. Мартемьянова, Т. А. Бич

УДК: 616.1/.8-036.8:614.217 «1990/2010»

## НЕПРОФИЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ: СИТУАЦИЯ, ПРИЧИНЫ, ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Богуцкий М. И., Васильев В. С., Цыркунов В. М., Васильев А. В.*

*Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь*

### **Введение**

В предшествующих исследованиях [1, 2, 3] нами обращалось особое внимание не только на вклад непрофильной летальности в специализированном стационаре, но и на качество оказания медицинской помощи и вместе с этим говорить о профессиональной и общеврачебной грамотности. Именно поэтому постоянный мониторинг ситуации по летальности дает возможность в условиях клинико-анатомических конференций обеспечить в какой-то степени выявление дефектов в работе как стационара, так и на догоспитальном этапе.

### **Цель**

Изучение ситуации с непрофильной летальностью в стационаре за последние 20 лет для оценки трудностей диагностики в случае расхождения диагнозов и оценка качества оказания медицинской помощи.

### **Материал и методы исследования**

Материалом служили истории болезни, анализ клинического и патолого-анатомического диагнозов, протоколов клинико-анатомических конференций с разбором 74 случаев смерти от непрофильной патологии за 20 лет.

### **Результаты исследования и обсуждение**

Непрофильная патология составила 37,4 % от общего числа умерших. Касаясь общей характеристики умерших нужно отметить, что среди них преобладали взрослые — 65 случаев, мужчин — 50, жителей города — 53, из которых лиц пожилого возраста и инвалидов было 34.

Самую большую группу среди умерших составили больные с циррозом печени в стадии декомпенсации (14 случаев), поступившие в стационар с развернутой клиникой. В 9 случаях был четко выраженный алкогольный анамнез, а при морфологическом исследовании было установлено мелкоузловое поражение печени. Среди фоновой патологии у этих лиц была зарегистрирована многолетняя хроническая патология легких (хроническая пневмония, плеврит, пневмосклероз, бронхэкстазическая болезнь, туберкулез легких) или желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, панкреатит). Средний возраст умерших 49 лет (от 21 до 81). В четырех случаях летальный исход наступил в первые три дня пребывания в стационаре, что говорит об абсолютной нецелесообразности смены места госпитализации. Расхождений в диагнозе не было.

Вторая группа представлена 10 умершими от ишемической болезни сердца с развитием инфаркта миокарда (нередко повторного). Диагноз при направлении в инфекционный стационар — «острая кишечная инфекция», «пищевая токсицинфекция» базировался на 1–2 кратном разжиженном стуле, в тоже время был игнорирован имеющийся болевой синдром в области сердца, как настораживающий факт. Не было ни одного случая скрытого течения ишемической болезни. Это говорит о дефектности в диагностике со стороны врачей скорой медицинской помощи и, в некоторой степени, о неопределенности в работе приемного покоя, хотя тяжесть поступавших больных объективно требовала срочной госпитализации. Расхождения в диагнозе стационара в 3 случаях были обусловлены патогенетическим построением, тем более что проведенные исследования не исключали наличие острой кишечной инфекции.

В группе умерших от сепсиса (9 случаев) отмечается относительно длительное пребывание в стационаре. Диагнозы при направлении отличались своей пестротой, что лиш-

ний раз говорит о многоликости клинического течения сепсиса. Остается проблематичной этиологическая расшифровка этой патологии и, вместе с этим, возникает вопрос не только о создании клинического отделения для больных сепсисом, но и об обеспечении полноценного лечения этого заболевания (экстракорпоральная дегидратация, иммунотерапия и др.).

Острую группу составили умершие дети с грубыми врожденными пороками развития (8 случаев), которые погибли в первые 6 месяцев жизни от различной патологии. Нужно признать, что тяжесть общего состояния и неизбежность неблагоприятного исхода тем не менее приводила к госпитализации их в инфекционный стационар по ничтожным причинам: контакт по ветряной оспе, подозрение на острую кишечную инфекцию, которой не оказалось.

Семеро больных умерло от онкопатологии редкой локализации, у троих из которых опухоли оказались первичной находкой, что и явилось основанием расхождения диагноза. Во всех этих случаях прослеживается сохраняющаяся ситуация с запоздалой диагностикой онкопатологии или «госпитализация отчаяния» из желания хоть как-то оказать внимание умирающему больному.

Наиболее сложной для диагностики оказалась группа умерших от почечной и урологической патологии (6 случаев). Заболевания «маскировались» под кишечную патологию в силу наличия в клинической картине диарейного синдрома вследствие тяжелого уремического состояния. В 5 случаях расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов были обусловлены кратковременностью пребывания в стационаре, отсутствием медицинской документации первичного звена и ошибочной диагностикой при жизни.

Остается трудной диагностика патологии желудочно-кишечного тракта (5). Особое внимание заслуживает случай длительного течения нерасшифрованной язвенной болезни с пенетрацией в поджелудочную железу у 81 летней пациентки.

Наблюдалось 4 случая смерти от хронической легочной патологии без признаков острого инфекционного заболевания с явлениями абсцедирования. В 2-х случаях расхождения касались построения самого диагноза.

Трое больных погибли в состоянии алкогольного делирия (абстинентный синдром).

Наряду с этими случаями, нужно отметить 5 случаев смерти от редкой патологии: женщина 40 лет, страдавшая ревматизмом с фибропластическим эндокардитом митрального клапана и его недостаточностью, с гипертрофией миокарда правого желудочка, диффузного кардиосклероза после операции комиссуротомии погибла от сердечной недостаточности; женщина 53 лет страдавшая ревматоидным артритом с грубыми поражениями опорно-двигательного аппарата, амилоидозом почек, явлениями недостаточности коры надпочечников погибла от уремии; женщина 20 лет страдавшая холестазом беременных на фоне абсцедирующей пневмонии и преждевременных родов погибла от тяжелой интоксикации; женщина 48 лет страдавшая желчно-каменной болезнью после операции холецистэктомии погибла от интоксикации вследствие абсцедирования в печень; мужчина 48 лет погиб от отравления бледной поганкой (верификация диагноза в судебно-медицинской экспертизе в виду кратковременного пребывания в стационаре).

Три случая смерти (инфаркт миокарда — 1, цирроз печени — 2) не подверглись аутопсии.

### **Заключение**

Подводя итог вышеизложенному и отмечая некоторое снижение вклада непрофильной патологии в общую летальность по инфекционному стационару, нужно признать, что в целом она сохраняется достаточно высокой (37,4 %) и причины эти в сущности своей остаются прежними [1]. Первой причиной следует считать признание врачами практического здравоохранения за инфекционным стационаром статуса учреждения, обеспечивающего проведение дифференциальной диагностики патологии, имитирующей картину инфекционного заболевания ввиду наличия в ней 1 ряда случаев неспецифического синдрома: лихорадка, головная боль, поражение дыхательных путей, диарея, изменение цвета кожи и т. п. Это явление отмечено нами в предшествующей публикации, касающейся работы приемного отделения [2].

Вторая причина — недостаточная подготовка врачей поликлиник и врачей скорой помощи по инфекционной патологии. Если для последних это можно простить при направлении непрофильной патологии в инфекционный стационар, то для участкового врача это непростительно, так как отражает недостаточную осведомленность о наличии хронической патологии у наблюдаемого контингента.

Третья причина во многом не зависит от «усилий» врачей, так как у части госпитализированных больных развитие тяжелого состояния наступает критически и в этой ситуации многие симптомы или акцентируются или, наоборот, затушевываются (боль, лихорадка). Как показал наш анализ, крайняя тяжесть патологии подтверждается продолжающимся нарастанием, прогрессированием ухудшения состояния, вплоть до быстро наступающего летального исхода, нередко в течение суток, а то и часов с момента поступления, когда действия врачей направлены только для спасения жизни поступившего больного, невзирая на его профиль. Частично имеется возможность преодолеть госпитализацию непрофильной патологии, это касается прежде всего больных с декомпенсированным циррозом печени, больных с диареями явно неинфекционного происхождения (уреmia) или больных с доминирующими признаками ишемической болезни сердца и близкой патологией. В части случаев причиной госпитализации служит гипертрофированная акцентуация данных эпидемиологического анамнеза, особенно при переводе больных из детского стационара. Анализ летальности в нашем стационаре по настоящему обостряет старую проблему госпитализации и оказания помощи больным с сепсисом, включая и современные методы экстракорпоральной детоксикации, использование которой в условиях инфекционного стационара пока проблематично. Это требует принятия организационных мер по созданию специализированных центров для лечения больных сепсисом. Настораживает достаточно высокий процент расхождения диагнозов направивших учреждений с окончательным посмертным диагнозом при онкологической патологии. Это отражает сохранение дефектности в работе участковой сети.

Повышение качества диагностики на догоспитальном этапе, как в плане нозологической ностирификации, выявление возникающих осложнений, оценки тяжести состояния являются целями, которые не теряют своей актуальности. Летальность в стационаре — показатель нестабильный, но тесно связан с вышеуказанными причинами. Именно с этих позиций клинико-анатомические конференции — это постоянно действующая школа, позволяющая объективно оценить качество диагностики и оказания медицинской помощи больным и тем самым устранить те дефекты, которые еще остаются в деятельности лечебно-профилактических учреждений.

#### *Литература*

1. Анализ летальности в инфекционном стационаре / В. С. Васильев [и др.] // Здравоохранение Белоруссии. — 1984. — № 10. — С. 12–14.
2. Анализ, структура и причины отказов больных при госпитализации в инфекционный стационар / А. В. Васильев [и др.] // Мед. новости. — 2007. — № 13. — С. 39–49.
3. Васильев, В.С. Структура летальности в Гродненской области инфекционной клинической больницы / В.С. Васильев [и др.] // Здравоохранение Белоруссии. — 2002. — № 7. — С. 29–30.

УДК 616.9:579.834.115-076

## ОСОБЕННОСТИ ПОСТАНОВКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗЕ

**Бохан И. В., Рогов Ю. И., Гринчик И. В.**

**Учреждение здравоохранения**

**«Городское клиническое патологоанатомическое бюро»**

**Государственное учреждение образования**

**«Белорусская медицинская академия последипломного образования»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

#### *Введение*

В республике Беларусь спорадически встречается тяжелые формы лептоспироза среди населения, при этом клинико-морфологическое подтверждение диагноза в некоторых