

АРХИВ ПАТОЛОГИИ



6

МОСКВА
МЕДИЦИНА
ТОМ I

1988

ЛИТЕРАТУРА

1. Bigotti G., DiGiorgio C. C. // J. Surg. Oncol. — 1986. — Vol. 32. — P. 58—64.
2. Cameron H. W., Hamperl K., Warambo W. // J. Path. — 1974. — Vol. 114. — P. 89—96.
3. Erlandson R. A., Rosen P. P. // Amer. Surg. Path. — 1982. — Vol. 6. — P. 785—793.
4. Franke W. W., Schmid E., Freudenstein C. et al. // J. Cell. Biol. — 1980. — Vol. 84. — P. 633—654.
5. Gould V. E., Jao W., Battifora H. // Path. Res. Pract. — 1980. — Vol. 167. — P. 45—70.
6. Murad M., Van Haam E. // Cancer (Philad.). — 1968. — Vol. 21. — P. 1137—1149.
7. Ohtani H., Sasano M. // Virchows Arch. Abt. A. Path. Anat. — 1980. Vol. 385. — P. 247—261.
8. Tang P., Petrelli M., Robeck J. // Cancer. (Philad.). — Vol. 43. — P. 209—217.
9. Thorner P. S., Khan H. J., Baumal K. et al. // Ibid. — 1986. — Vol. 57. — P. 745—750.
10. Toher C., Tang C. K., Whitely J. F. et al. // Ibid. — 1981. — Vol. 48. — P. 1615—1622.
11. Viac J., Reano A., Brochier J. et al. // J. invest. Derm. — 1983. — Vol. 81. — P. 351—354.
12. Zarbo J. A., Oberman H. A. // Amer. J. Surg. Path. — 1983. — Vol. 7. — P. 863—870.

Поступила в редакцию 09.06.87

A MALIGNANT MYOEPIHELIOMA OF THE BREAST (HISTOLOGICAL, IMMUNOMORPHOLOGICAL AND ELECTRON-MICROSCOPICAL STUDIES)

V. D. Ermilova, T. I. Kondakova, N. A. Filippova, V. I. Gelstein, T. A. Chipysheva, D. M. Shirin

All-Union Cancer Research Center of the USSR Academy of Medical Sciences, Moscow

Summary—A rare kind of a breast tumor was identified in a woman of 47. The disease ran a malignant course and presented difficulties for morphological verification. Histological appearance showed areas of spindle-shaped or lamellar cells occasionally encircled with homogeneous hyalin-like substance. Locally, there were structures of alveolar or glandular type with an irregular basal membrane and loose position of cells. The primary histological diagnosis suggested a tumor of mesenchymal

origin. Followed by immunomorphologic (monoclonal antibody to KL 1) and electron-microscopic examinations, the diagnosis was verified providing evidence for epithelial nature of the tumor cells, loose, forming glandular-like structures and simulating stromal elements with ultrastructural features typical of myoepithelial differentiation. The evidence obtained justify the tumor definition as a rare neoplasm of the breast known in the literature as myoepithelioma.

Дискуссии

УДК 616.12+616.24]-089.168-06

Ключевые слова: легкие, сердце, осложнения операций, диагноз.

В. Л. Коваленко, Ю. И. Малышев, Е. Л. Казачков, В. Н. Севастьянова (Челябинск)

ОФОРМЛЕНИЕ ДИАГНОЗА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА

Кафедры патологической анатомии (зав. — проф. В. Л. Коваленко) и хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Ю. И. Малышев) Челябинского медицинского института, Челябинское областное патологоанатомическое бюро (нач. — канд. мед. наук М. М. Ковалев)

Частота осложнений хирургического лечения заболеваний легких и сердца в настоящее время удерживается на уровне 13—30% и не имеет общей тенденции к снижению. С этими же состояниями почти исключительно связана послеоперационная летальность, которая в течение многих лет редко опускалась ниже 2,5—6,6% [4—6, 11]. К осложнениям хирургической операции принято относить лишь новые

страдания, развившиеся без четкой патогенетической связи с заболеванием, по поводу которого предпринималось лечение [9, 12]. Причем своеобразие этиологии и патогенеза, а также характерные клинико-анатомические проявления послеоперационных осложнений создают их нозологическую специфичность. Это согласуется с положениями учения о «вторых» болезнях [3, 16—18], позволяющими оце-

нивать послеоперационные осложнения как хирургические ятрогенные заболевания [7, 8] — эквивалент нозологической единицы.

Экспертиза указанных состояний (установление их причин, механизмов развития, роли в танатогенезе) нередко представляет весьма сложный процесс и должна базироваться на глубоком содружественном анализе клиницистом и патологоанатомом проявлений естественно развившихся заболеваний и осложнений их хирургического лечения [13, 15].

Мы полагаем, что основой однотипного подхода к характеристике послеоперационных осложнений и определению их места в заключительном клиническом и патологоанатомическом диагнозах должно являться творческое применение в работе как хирурга, так и патологоанатома основных положений Международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9). В ней важным представляется указание на то, что в случаях, когда смерть наступает в результате неблагоприятного воздействия хирургического вмешательства, в качестве первоначальной причины смерти следует кодировать именно эти медицинские вмешательства, а не заболевание, по поводу которого проводилось лечение [1, 14]. Последнее в этих ситуациях указывается в диагнозе в рубрике сопутствующих или фоновых страданий, а в свидетельстве о смерти — во второй части II пункта. Кроме того, в Дополнительной классификации внешних причин травм и отравлений МКБ-9 предусмотрено выделение состояний, как возникающих вследствие случайного нанесения вреда больному в ходе хирургического вмешательства, так и являющихся результатом адекватных хирургических манипуляций.

Унифицированный клинико-морфологический анализ наблюдений патологии хирургического лечения, на наш взгляд, должен основываться на следующих принципиальных положениях: 1) к хирургическим ятрогениям следует относить лишь состояния, имеющие причинную связь с операцией, при исключении прямой зависимости их от проявлений или осложнений исходных заболеваний; 2) патология, возникающая в результате хирургического лечения, оценивается как эквивалент нозологической единицы, а наименование

и группировка выявленных состояний осуществляются на основе требований и принципов МКБ-9; 3) ведущим в определении места этих процессов в структурных рубриках диагноза является учет их роли в танатогенезе, оформление же врачебного свидетельства о смерти осуществляется с учетом принципа «единичной первоначальной причины смерти»; 4) патология хирургического лечения может выступать в роли основного или сопутствующего заболевания при монокаузальном варианте смерти или являться сочетанным, конкурирующим, фоновым страданием в случаях «комбинированного основного заболевания», или, наконец, занимать 1, 2 и 3-е место в полипатии при мультикаузальном варианте построения диагноза [2, 10]; 5) проведение клинико-анатомических параллелей при регистрации осложнений операции должно опираться на литературные сведения о причинах, механизмах развития, клинко-морфологической характеристике конкретных хирургических ятрогений.

С учетом указанных положений нами проведен клинко-анатомический анализ 160 случаев смерти больных после плановых хирургических вмешательств на легких и бронхах (у 70), а также на клапанах и сосудах сердца (у 90). В нозологической структуре исходной патологии преобладали различные формы туберкулеза, новообразований легких и приобретенные ревматические пороки сердца.

В зависимости от характера причин, вызывавших осложнения хирургического лечения, наши наблюдения разделены на две группы по Дополнительной классификации МКБ-9 (см. таблицу). Осложнения вследствие адекватных хирургических вмешательств на легких и сердце возникли у 78,1 % пациентов. Тактические и технические погрешности как причина возникновения смертельных послеоперационных осложнений зарегистрированы нами в 21,9 % наблюдений.

Ятрогенная патология у 70 % умерших являлась «первоначальной причиной смерти», т. е. оценивалась нами как основное, или первое сочетанное, или первое заболевание в полипатии. Причем чаще это были патологические процессы, объединенные в XVII классе МКБ-9 рубриками 998.5 «Послеоперационная инфекция», 909.3 «От-

Распределение от характера классификации

Случайное хи	
код Е	ха
870.0	Случайное выпис опер
871.0	Иной при кой
874.0	Механический выпис
874.1	
876.2	Дефект
876.5	Выполнение
876.8	Другие случаи

даленные операций: эмпиемой свищем (нижних как регистрируемый эндотезом клинко-электрод ритма сердечную сыгрского пучка сердечная группа ставлена ми (у 14 правило, цинозом ца, а та нарных

Распределение осложнений хирургического лечения заболеваний легких и сердца в зависимости от характера внешних причин (обстоятельств и условий), вызывающих их по Дополнительной классификации МКБ-9

Случайное нанесение вреда больному в ходе хирургического вмешательства			Хирургическая операция как причина аномальной реакции без упоминания о случайном нанесении вреда больному в ходе ее выполнения		
код Е	характер внешней причины	число наблюдений	код Е	характер внешней причины	число наблюдений
870.0	Случайный разрез, прокол, прободевание, кровотечение при выполнении хирургической операции	14	878.1	Хирургическая операция с имплантацией искусственного устройства (против сердечного клапана, искусственный водитель ритма сердца)	58
871.0	Иноородный предмет, оставленный в плевральной полости при выполнении хирургической операции	4	878.2	Хирургическая операция с наложением анастомоза, шунта с использованием в качестве имплантата естественных тканей (большая подкожная вена)	2
874.0	Механическая неисправность инструмента или аппарата при выполнении хирургической операции искусственного кровообращения	1	878.4	Восстановительные хирургические операции (аннулопластика, митральная комиссуротомия)	24
874.1		1			
876.2	Дефект в наложении шва или лигатуры	5	878.6	Полное или частичное удаление легкого (пневмонэктомия, лобэктомия, сегментэктомия)	37
876.5	Выполнение несоответствующей показаниям операции	3	878.8	Другие операции (трансперикардальная окклюзия культи главного бронха, торакопластика, диагностическая и пробная торакотомия)	4
876.8	Другие уточненные несчастные случаи (эмболия коронарных сосудов кристаллами кальция в ходе операции, сдавление устья коронарных артерий кольцом протеза клапана сердца)	7			
Всего . . .		35 (21,9 %)	Всего . . .		125 (78,1 %)

даленные последствия осложнений операций» на легких и проявившиеся эмпиемой плевры с бронхиальным свищом (19 случаев). В 11 наблюдениях как основное заболевание зарегистрирована «инфекция (бактериальный эндокардит), обусловленная протезом клапана или эндокардиальным электродом искусственного водителя ритма сердца» (рубрика 996.6). Существенную роль в танатогенезе 20 больных сыграли «осложнения механического происхождения, связанные с сердечным протезом» (996.0). Последняя группа осложнений была представлена параклапанными фистулами (у 14 больных), возникшими, как правило, у больных с обширным кальцинозом в области фиброзного кольца, а также obturацией устьев коронарных артерий оплеткой протеза

(у 4), дисфункцией его связанной с нарушением подвижности запирающего элемента (у 2).

Для иллюстрации оформления патологоанатомического диагноза и причины смерти во врачебном свидетельстве при осложнениях операций на легких и сердце приводим наши наблюдения.

Больная X, 37 лет, в течение 20 лет страдала ревматическим комбинированным аортальным пороком. Протезирование аортального клапана произведено в условиях гипотермической перфузии с использованием шарового протеза (АКЧ-06-2). После иссечения створок клапана протез подшит к фиброзному кольцу, причем отмечено, что искусственный клапан погружался в аорту с некоторым затруднением. Деятельность левого желудочка сердца в ходе согревания восстанавливалась крайне медленно после многократных дефибрилляций и применения катехоламинов. Смерть наступила через 39 ч после операции при явлениях нарастающей сердечной слабости.

Патологоанатомический диагноз. Комбинированное основное заболевание. Основное заболевание: обтурация устья левой коронарной артерии обшивкой кольца клапанного протеза (АКЧ-06-2) в ходе операции протезирования аортального клапана (дата) вследствие несоответствия габаритов протеза узкому фиброзному кольцу аорты. XVII класс, 996.0, 876.82. **Фоновое заболевание:** ревматический комбинированный аортальный порок сердца — склероз и деформация створок клапана, гипертрофия сердца (масса 410 г), бурая индурация легких, «мускатная» печень. **Осложнения:** трансмуральный инфаркт миокарда (стадия некроза) переднебоковой стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку (60 % массы левого желудочка); острая сердечная недостаточность: дилатация полостей сердца, полнокровие внутренних органов, кровоизлияния в веществе головного мозга и легких. **Непосредственная причина смерти:** острая сердечная недостаточность.

Оформление причины смерти во врачебном свидетельстве.

1. а) острая сердечная недостаточность, б) трансмуральный инфаркт миокарда, в) обтурация устья левой коронарной артерии кольцом клапанного протеза в ходе операции протезирования аортального клапана (дата).

II. Ревматический комбинированный аортальный порок сердца. Узкое аортальное клапанное кольцо.

Больному Н., 45 лет, за 2,5 года до повторного поступления в стационар произведена пневмонэктомия по поводу центрального рака нижней доли правого легкого. Послеоперационный период осложнился правосторонней эмпиемой плевры и бронхоплевроторакальным свищом. В стационаре выполнена открытая шестиреберная торакопластика справа, в ходе которой обнаружено и удалено инородное тело (марлевая салфетка), случайно оставленное в плевральной полости во время предыдущего вмешательства. Смерть наступила спустя 25 дней после повторной операции в связи с прогрессированием воспалительного процесса.

Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: хроническая эмпиема плевры справа с бронхоплевроторакальным свищом (бактериологически выделен золотистый стафилококк) как отдаленное последствие нахождения инородного тела (марлевой салфетки) в правой плевральной полости, оставленного случайно при выполнении правосторонней пневмонэктомии (дата) по поводу рака правого нижнедолевого бронха (гистологически —

плоскоклеточного ороговевающего). Операция — открытая шестиреберная торакопластика с удалением инородного тела (марлевой салфетки) из правой плевральной полости (дата). XVII класс, 909.3, E 871.0. **Осложнения:** нагноение и полное расхождение краев раны грудной клетки справа (бактериологическое исследование — рост золотистого стафилококка); пищеводно-плевральный свищ справа в области средней трети пищевода (диаметр свища 0,4 см); стафилококковая полисегментарная (С_{8,9,10}) фиброзно-гнойная и гнойно-некротическая пневмония левого легкого. **Непосредственная причина смерти:** пневмония единственного легкого.

Оформление причины смерти во врачебном свидетельстве.

1. а) стафилококковая пневмония единственного легкого, б) хроническая эмпиема плевры справа с бронхоплевроторакальным свищом, в) инородное тело (марлевая салфетка), случайно оставленная в правой плевральной полости в ходе пневмонэктомии (дата).

Заключение

Осложнения, развившиеся в ходе или после оперативного лечения заболеваний легких и сердца, при отсутствии патогенетической связи с исходной патологией, по поводу которой предпринималось вмешательство, следует считать «вторыми» болезнями и, следовательно, эквивалентом нозологической единицы. При этом эти «вторые» болезни являются ятрогенными независимо от того, правильными или неправильными были действия и тактика хирурга. Поскольку в этих ситуациях осложнения хирургического лечения, как правило, играют значительную роль в танатогенезе, они нередко возглавляют диагноз, а во врачебном свидетельстве само хирургическое вмешательство независимо от правильности тактической и технической его сторон оценивается с учетом положения МКБ-9 как первоначальная причина смерти.

опасности и осложнения в легочной хирургии. — Пермь, 1977.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. // Арх. пат. — 1982. — Вып. 2. — С. 56—60.
2. Автандилов Г. Г. Проблемы патогенеза и патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии. — М., 1984.
3. Баталов А. А., Беликов Е. С. // Арх. пат. — 1986. — Вып. 4. — С. 77—82.
4. Бураковский В. И., Рапопорт Я. Л., Бухарин В. А., Цукерман Г. И. // Анализ летальности после операций на открытом сердце (в условиях искусственного кровообращения). — М., 1974. — С. 1—30.
5. Вагнер Е. А., Тавровский В. М. Ошибки,

6. Измуханов А. К. Лечение ревматических пороков сердца. — Алма-Ата, 1981.

7. Калитевский П. Ф., Докторова А. В., Дурново А. А. // Клини. мед. — 1979. — № 7. — С. 101—107.

8. Коваленко В. Л., Синицын П. Д., Малышев Ю. И. Теоретические и практические основы оформления диагноза при ятрогенных болезнях. — Челябинск, 1985.

9. Коваленко В. Л., Казачков Е. Л. // Грудная хир. — 1986. — № 4. — С. 52—56.

10. Лифшиц Тер. арх.
11. Малышев
12. Мельник 49—53.
13. Пермьков
14. Руководст

REGISTRATI
OF THE HE.

V. L. Kovalev

Medical Insti

Summary
patients) we
cally. Lethal
treatment of
complication
relation to t
effects were
as an equip
iatrogenic "

Обзоры

удк 616-006

Ключев

И. А. Ки

НЕКОТО
И ОПУХ
ПРИ ВТС
(ФАКТЫ

Централы
морфолог

Второй
важнейш
нашего г
гичны, и
только
при кот
свойстве
ляется г
гочислен
и клини
фактора
быть ра
логичес
параты,
ные гор
вать и
тета в
том пр
больши
Осоп

10. Лифшиц А. М., Ахмеджанов М. Ю. // Тер. арх. — 1980. — № 9. — С. 91—96.
11. Малышев Ю. И., Приходько В. П. // Грудная хир. — 1985. — № 5. — С. 19—23.
12. Мельник В. М. // Там же. — № 4. — С. 49—53.
13. Пермяков Н. К. Патология реанимации и интенсивной терапии. — М., 1985.
14. Руководство по Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти: Пер. с англ. — М., 1980.
15. Смольяников А. В. // Арх. пат. — 1970. — Вып. 8. — С. 49—53.
16. Смольяников А. В., Автандилов Г. Г., Уранова Е. В. Принципы составления патологоанатомического диагноза. — М., 1977.
17. Смольяников А. В. // Арх. пат. — 1979. — Вып. 7. — С. 20—25.
18. Смольяников А. В. // Там же. — 1986. — Вып. 4. — С. 82—83.

Поступила в редакцию 12.11.87

REGISTRATION OF DIAGNOSIS IN COMPLICATION OF SURGICAL TREATMENT OF THE HEART AND LUNGS

V. L. Kovalenko, Yu. I. Malyshev, E. L. Kazachkov, V. N. Sevastyanova

Medical Institute, Chelyabinsk

Summary — Autopsy findings (160 deceased patients) were assessed clinically and anatomically. Lethal outcomes occurred after surgical treatment of the lungs and heart. Postoperative complications in the absence of a pathological relation to the primary pathology or its adverse effects were considered in diagnosis documents as an equivalent of a nosological unit, i. e. iatrogenic "secondary" diseases. These condi-

tions resulted either from adequate surgical interventions (78.1 % of cases) or were attributed to technical and strategical errors (21.9 % of cases). Unification of the complications associated with pulmonary and cardiac surgery implies use of the fundamentals of the "secondary" diseases theory and International Classification of Diseases (the 9th revision).

Обзоры литературы

УДК 616-006-06:616-092:612.017.1-064]-021.5

Ключевые слова: иммунодефицит, клеточные кооперации, вирусы, опухолеподобные процессы.

И. А. Казанцева, О. Б. Бельская, Т. В. Безуглова (Москва)

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИ ВТОРИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ (ФАКТЫ И ГИПОТЕЗЫ)

Центральная патологоанатомическая лаборатория (зав. — проф. И. А. Казанцева) НИИ морфологии человека АМН СССР

Вторичные иммунодефицитные состояния — важнейшая медико-биологическая проблема нашего времени. Такие состояния полиэтиологичны, изучение их не может быть ограничено только рамками СПИДа — «новой» болезни, при которой спектр патологических изменений, свойственных дефициту иммунитета, проявляется наиболее четко. Как показывают многочисленные экспериментальные исследования и клинические наблюдения, этиологическими факторами иммунной недостаточности могут быть различные химические, физические и биологические агенты, стресс, лекарственные препараты, прежде всего цитостатики, стероидные гормоны и антибиотики; нельзя не учитывать и роли естественного снижения иммунитета в процессе старения, обусловленного ростом продолжительности жизни населения в большинстве развитых стран мира.

Особую роль в развитии иммунодефицит-

ных состояний, безусловно, играют вирусы. Это прежде всего семейство ретровирусов, включающее три подгруппы HTLV (human T leukemia virus), которые непосредственно поражают иммунокомпетентные клетки. Установлено, что HTLV-III избирательно поражает Т-лимфоциты-хелперы, являясь возбудителем СПИДа [26]. Иммунологические нарушения при СПИДе не ограничиваются только селективным дефектом Т-клеточной функции за счет изменения соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров; для него характерны выраженные изменения в В-клеточном ответе и иммунорегуляции как непосредственно на уровне В-лимфоцитов, так и на уровне их Т-клеточного контроля, которые приводят к поликлональной В-клеточной активации. Выявляются изменения функции натуральных киллеров в виде уменьшения продукции α - и γ -интерферонов, участвующих в активации макрофагов