

7. Чундокова, М.А. Опухолевидные образования яичников у новорожденных/ М. А. Чундокова [и др.] // Детская хирургия: научно-практический журнал. – 2008. – №4. – С. 43-47.
8. Cystic ovarian pathology excepting genital activity /C. Adamsbaum[et al.] // J Radiol. – 2000 Dec. – 81(12 Suppl) - P.1789-97.
9. Bryant AU Fetal ovarian cysts: incidence, diagnosis and management /Bryant AU Laufer AE // SOJ Reprod Med. – 2004. - № 49(5). – P. 329.
10. Katara AN. Laparoscopic management of antenatally-diagnosed abdominal cysts in newborns / ANKatara, RSSShah, DSBhandarkar, S.Shaikh // SurgLaparoscEndoscPercutan Tech. – 2004 Feb. - № 14(1). – P. 42-44.
11. Fetal ovarian torsion appearing as a solid abdominal mass /V.L.Katz [et al.] // JPerinatol.– 1996. - №16(4). –P. 302-304.
12. Value of intra-adnexal and extra-adnexal computed tomographic imaging features diagnosing torsion of adnexal tumor. /JH. Lee [et al.] // Journal of Computer Assisted Tomography. – 33(6):872-6, 2009 Nov-Dec.
13. Surgical treatment of neonatal ovarian cysts. /S.Marinkovic[et al.] // MedicinskiPregled. –64(7-8):408-12, 2011 Jul-Aug.
14. Fetal juvenile granulosa cell tumor with hermaphroditism verus - prenatal diagnosis, management and outcome // K.Nitzsche[et al.] //Ultraschall in der Medizin. – 30(4):404-7, 2009 Aug.
15. Sonographic findings of prenatal torsion of ovarian lymphangioma/C.Park [et al.] //Journal of Clinical Ultrasound. – 33(8):421-3, 2005 Oct.
16. Antenatal diagnosis of a fetal ovarian cyst /C.Valenti [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 1975; 6: 216.
17. Ovarian germ cell tumors in children: a 20-year retrospective study in a single institution./C.Yang [et al.]//European Journal of Gynaecological Oncology. – 32(3):289-92, 2011.

УДК 616-091.5

© Т.И. Мустафин, Р.Р. Хасанов, 2014

Т.И. Мустафин, Р.Р. Хасанов
**МАЛОТРАВМАТИЧНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ АУТОПСИИ
 В ОПТИМИЗАЦИИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
 ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В ходе клинико-анатомического анализа дана оценка результатам патологоанатомических исследований при полной эвисцерации по Г.В. Шору и полной эвисцерации с применением малотравматичной технологии. Использование малотравматичной аутопсии при болезнях системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ)) способствует росту патологоанатомических вскрытий на 3,3% и более, ведет к уменьшению нераспознанных при жизни заболеваний.

Ключевые слова: патологическая анатомия, аутопсия, малотравматичная технология.

T.I. Mustafin, R.R. Khasanov
**MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY TO OPTIMIZE AUTOPSY PATHOLOGY
 DIAGNOSIS IN DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM**

During clinical-anatomic analysis results of pathoanatomical investigations at full Shor autopsy and full pathological investigations with application of minimally invasive technology have been evaluated. The use of minimally invasive autopsy in diseases of the circulatory system contributes autopsy by 3.3% or more, leading to a decrease of unrecognized life-threatening diseases.

Key words: pathological anatomy, autopsy, minimally invasive technology.

Значительную роль в повышении качества клинической диагностики играет клинико-патологоанатомический анализ, составной частью которого является сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Главным требованием к оценке диагнозов служит наличие в них соответствия между клиницистами и патологоанатомами обозначениям и вариациям каждой нозологической единицы в соответствии с МКБ-10 [1]. Как указывают авторы, анализ точности клинических диагнозов с учетом результатов патологоанатомического исследования прежде всего требует выполнения ряда условий: 1) определения оптимального количества необходимых исследований; 2) выбора последовательности их проведения; 3) оценки точности клинической диагностики на разных этапах лечебной помощи и формирования заключительного ди-

агноза, сравниваемого с патологоанатомическим. В число задач, которые ставятся при вскрытии, входит не только определение диагноза, но и ошибок, которые имели место в постановке прижизненного диагноза (цит. по Давыдовскому И.В., 1963). Большое значение имеет формулировка диагноза, что нередко недооценивается как клиницистами, так и патологоанатомами. В специальной литературе подробно рассмотрены вопросы оформления диагноза, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов [1,3].

Материал и методы

За период с 2002 по 2011 гг. у 853 обследованных с болезнями системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ)) нами была выбрана малотравматичная аутопсия (МТА) в 111 случаях, причем для этого

пользовались предложенным алгоритмом [4,6]. Ввиду возникновения технических и тактических трудностей в ходе аутопсии 15 раз она была переведена в традиционный метод патологоанатомического вскрытия. В основном эта необходимость возникала в период освоения технологии малотравматичной аутопсии.

Результаты и обсуждение

Из 96 обследованных в возрасте от 38 до 86 лет мужчин было 52, женщин – 44. Наиболее часто летальный исход наблюдался в возрасте 45-65 лет. По сравнению с общепринятыми способами секции органов за обозначенный период доля патологоанатомических вскрытий при ИБС и ЦВЗ за счет МТА

выросла на 3,3%. При определении данного показателя рассматривались 2898 случаев ИБС и ЦВЗ. Если исходить из результатов анализа собственного материала при ИБС и ЦВЗ, то доля МТА составляет уже 11,3% (853 случая). В ходе клинко-анатомического анализа дана оценка результатам патологоанатомических исследований при полной эвисцерации по Г.В. Шору (1923) и полной эвисцерации с применением малотравматичной технологии. При сравнении заключительного клинического диагноза (ЗКД) и патологоанатомического диагноза (ПАД) в 853 наблюдениях общее количество расхождений составило 72 (8,4%) случая, в том числе при традиционной аутопсии – 62 (8,2%) и при МТА – 10 (10,4%) (см. таблицу).

Таблица

Характеристика категорий расхождения ЗКД и ПАД при ИБС и ЦВЗ в зависимости от способа патологоанатомического вскрытия трупа (n= 72)

Категория расхождения ЗКД и ПАД при ИБС и ЦВЗ	Способы аутопсии		Итого
	традиционная по Г.В. Шору (n=62)	МТА (n=10)	
I	26	6	32
II	35	4	39
III	1	-	1
Всего...	62	10	72

При МТА расхождение ЗКД и ПАД выше, чем при традиционной секции органов. Оно объясняется долей МТА (11,3%) в наших наблюдениях. При ИБС и ЦВЗ расхождение ЗКД и ПАД остается на достаточно высоком уровне даже в условиях тщательного обследования больных по протоколу. Представляет определенный интерес сравнение ЗКД и ПАД в зависимости от способа аутопсии. Что касается категорий расхождения ЗКД и ПАД, то следует указать на то, что превалируют две первые категории (71 случай). При МТА I категория расхождения диагнозов встречалась в 26, II категория – в 4 наблюдениях. При традиционном способе аутопсии (35 случаев) превалировала II категория расхождения ЗКД и ПАД, III категория расхождения встретилась однажды при обычной методике аутопсии. В 69 наблюдениях больные ЦВЗ в стационаре находились в среднем $7,3 \pm 0,81$ койко-дня, из них 47 умерли в первые сутки пребывания в клинике. 56 обследованных с ИБС провели в стационаре в среднем $5,9 \pm 0,68$ койко-дня, из них 38 находились в клинике менее 3 койко-дней. Следовательно, во многих случаях формирование ошибочного ЗКД

было обусловлено кратковременным пребыванием больного в клинике. Таким образом, МТА ведет к увеличению количества патологоанатомических вскрытий при ИБС и ЦВЗ на 3,3% и более, что способствует уменьшению количества нераспознанных при жизни заболеваний [5]. Рост процента вскрытий при болезнях системы кровообращения, являясь важным показателем качества оказания медицинской помощи, обуславливает улучшение патологоанатомической диагностики.

Сравнительная оценка двух способов вскрытия трупа и далее демонстрирует преимущества МТА. Во-первых, длина срединного разреза кожи шеи, груди и живота при типичном способе вскрытия трупа составляет в среднем $57,9 \pm 7,74$ см, что достоверно ($p < 0,001$) превышает аналогичный показатель при МТА ($30,1 \pm 4,64$ см). Во-вторых, при традиционном способе секции органов предполагается обязательное формирование обширного кожно-подкожно-мышечного лоскута на передней поверхности грудной клетки до задней подмышечной линии с переходом на живот вплоть до лонного сочленения.



Рис. Схема изменения формы грудной клетки при традиционном варианте способа аутопсии и МТА (высота грудной клетки - расстояние от горизонтальной поверхности секционного стола до передней фронтальной плоскости грудной клетки в положении трупа лежа на спине)

Напротив, при МТА выполняют лишь верхнесрединную лапаротомию, продолжая иногда разрез кожи и подлежащих слоев передней брюшной стенки ниже пупка. В третьих, при традиционном способе аутопсии после резекции передней части грудной клетки возникает западение органа на 3-4 см и более, что порой обуславливает видимую деформацию тела (см. рисунок).

При МТА высота грудной клетки не меняется (зеленый цвет), при традиционном способе аутопсии укорачивается в среднем на 3-4 см (красный цвет). Предложенный способ аутопсии обеспечивает первоначальную форму тела за счет сохранения костного каркаса грудной клетки.

Заключение

Способ МТА придает патологоанатомическому исследованию современный дизайн, приближая его к хирургическому пособию, оперативные действия прозектора по отношению к органам и тканям умершего носят бережный характер, обеспечивают более высокий косметический эффект, способствуют росту количества аутопсий. Увеличение количества патологоанатомических вскрытий без ущерба качеству способствует оптимизации патологоанатомической диагностики при болезнях системы кровообращения (ИБС и ЦВЗ). Во многом по этой причине МТА может найти применение в прозекторской практике.

Сведения об авторах статьи:

Мустафин Тагир Исламнурович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Хасанов Ришат Римович – к.м.н., старший преподаватель кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Rishat1967@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов, Г.Г. Оформление диагноза /Г.Г. Автандилов О.В., Зайратьянц, Л.В. Кактурский. – М.: Медицина, 2004. – 304 с.
2. Давыдовский, И.В. Клинико-анатомические конференции, их место и значение в системе больничной работы /И.В. Давыдовский// Архив патологии. – 1963. – № 6. – С. 3-7.
3. Зайратьянц, О.В. Формулировка и составление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник /О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский// – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 576 с.
4. Мустафин, Т.И. Актуальные вопросы патологоанатомических исследований и малотравматичные технологии при аутопсии /Т.И. Мустафин, Р.Р. Хасанов //Мед. вестник Башкортостана, 2007. – Т.2, № 1.– С. 47 - 50.
5. Мустафин, Т.И. Алгоритм малотравматичной технологии аутопсии при ИБС и ЦВЗ /Т.И.Мустафин., Д.С. Куклин, Р.Р. Хасанов// Мед. вестник Башкортостана, 2012. – №7. – С.244-246.
6. Пат. 239765, МПК А 61В 16/00. Способ полной эвисцерации при патологоанатомическом исследовании с применением малотравматичной технологии / Т.И. Мустафин, Г.Г. Автандилов, В.Н. Ткаченко, Р.Р. Хасанов; заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО БГМУ РОСЗДРАВА России. – № 2006149745/14, заявл. 17.11.2006; опубл. 27.07. 2008, Бюл. № 21.
7. Медицинское обоснование малотравматичной технологии патологоанатомических вскрытий / Р.Р. Хасанов [и др.] // Морфологические ведомости. – 2008. - № 1. – С. 298-299.

УДК 618.11-006.6-091:611.651.1

© О.Н. Новичкова, 2014

О.Н. Новичкова

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИМОРФНОГО РАКА ЯИЧНИКОВ

*ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»
Минздрава России, г. Киров*

Диморфный рак яичников отличается наличием в своем строении двух гистологических компонентов: серозного и муцинозного. Однако большинство практикующих онкологов, гинекологов и патологоанатомов не учитывают этот факт и обозначают эти случаи как овариальная карцинома серозного гистологического типа или как муцинозного. Мы исследовали 28 пациенток с диморфным раком женских гонад, сравнив их с серозными и муцинозными карциномами яичников. В ходе работы было проиллюстрировано отличие этих гистогенетических форм новообразования по ряду клинических и морфологических признаков, что убеждает в необходимости дальнейшего изучения смешанного (серозно-муцинозного) рака яичников.

Ключевые слова: диморфный рак яичников, продолжительность жизни, степень гистологической дифференцировки.

O.N. Novichkova

CLINICAL AND PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF DIMORPHIC OVARIAN CANCER

Dimorphic ovarian cancer is characterized by the presence in its structure of two histological components: serous and mucinous. However, most practicing oncologists, gynecologists and pathologists do not consider this fact and indicate these cases as either ovarian serous carcinoma histological type, or mucinous one. We investigated 28 patients with dimorphic cancer of the female gonads, comparing them with serous, mucinous carcinoma of the ovary. The work illustrated the difference of these histogenetic forms