

ВЫВОДЫ

В лечении деструктивных форм панкреатита с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы тактически обоснованным является применение программированных санаций сальной сумки и брюшной полости. Относительно раннее купирование воспалительного процесса, снижение эндогенной токсемии позволяют сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность.

Ю.Д. Доржиев, В.В. Иванов, Д.Д. Рыбдылов

СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангпова» (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее дискутируемых вопросов в современной хирургии является достаточно часто отмечающееся несоответствие между клиническими и патологистологическими диагнозами. Интраоперационная оценка хирургом состояния пораженного органа субъективна, поэтому одним из способов повышения его квалификации является анализ результатов гистологического исследования удаленных органов.

Цель исследования: оценка правильности оценки состояния желчного пузыря оперирующими хирургами по результатам гистологических исследований макропрепарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Произведено сравнение клинических и патологистологических диагнозов 211 историй болезни больных, перенесших экстренную операцию по поводу острого холецистита, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 2004 г. по 2007 г. Из числа больных женщин было 187 (88,7 %), мужчин — 24 (11,4 %). Пациенты старше 50 лет составили 65,4 % (138 больных).

По выставленному клиническому диагнозу больные распределились следующим образом: катаральный холецистит выставлен у 146 (69,2 %) больных, флегмонозный — у 40 (19,0 %), гангренозный — 25 (11,8 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 146 больных с острым катаральным холециститом гистологически диагноз подтвержден у 6 (4,1 %) больных. В 1 случае выявлена флегмонозная форма воспаления, хронический атрофический холецистит в 131 (89,7 %) и гипертрофический язвенный холецистит в 8 (5,5 %). Т.е. вне активной фазы воспаления оперированы 139 (95,2 %) пациентов.

В 23 (57,5 %) случаях диагноз подтвержден у больных с клинически выставленным диагнозом флегмонозного холецистита. В остальных 17 (42,5 %) случаях выявлена хроническая форма воспаления.

В группе больных, у которых интраоперационно были определены изменения, соответствующие гангренозному холециститу, гистологически диагноз подтвержден в 10 (38,5 %) случаях. В 12 (46,2 %) случаях выявлена флегмонозная форма воспаления, хронический гипертрофический язвенный холецистит — в 3 (11,5 %).

Общий процент соответствия клинических и патологистологических диагнозов составил 18,5 %, умеренная гипердиагностика в сторону утяжеления формы заболевания — 67,8 %. В 13,4 % случаев диагнозы не совпали.

ВЫВОДЫ

В подавляющем большинстве случаев оперирующий хирург достаточно точно определяет степень морфологических изменений в желчном пузыре при остром холецистите. Умеренная гипердиагностика, которая встречается в большинстве случаев, не отражается на качестве лечения и даже, вследствие соответствующей медикаментозной терапии, позволяет предупреждать развитие послеоперационных осложнений. Относительно высокий уровень (13,4 %) несовпадения диагнозов, причем в 3 (1,4 %) случаях несоответствие достаточно грубое, оставляют вопрос о соответствующей подготовке врачей актуальным.