

3. Городецкий Е.А., Косников А.Г., Максимов С.Я. Факторы риска развития урологических осложнений у больных раком шейки матки. – М., 2002. – 189 с.

4. Карпенко В.С., Переверзев А.С. Хирургическое лечение двусторонних заболеваний почек и мочевыводящих путей. – Киев: Здоров'я, 1983. – 87 с.

5. Кернесюк М.Н. Обоснование микрохирургических операций на брюшной части мочеоточника: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 27 с.

6. Комяков Б.К., Гулиев Б. Г. Хирургия протяженных сужений мочеоточников. – СПб.: Диалект, 2005. – 256 с.

7. Меских А.В. Мониторинг осложнений со стороны мочевыделительной системы при комбинированном лечении рака шейки и тела матки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.

– М., 2008. – 27 с.

8. Новикова Е.Г., Смирнова С.В., Русаков И.Г. Теплов А.А. Стриктуры мочеоточника у больных раком шейки матки: состояние проблемы, профилактика и лечение // Российский онкологический журнал. – 2006. – №5. – С.51-55.

9. Патент РФ на изобретение №2285465 от 20.10.2006 Способ лечения стеноза мочеоточника / А.А. Соловьев, В.Ф. Оношко.

10. Петров С.Б., Шпиленя Е.С., Какушадзе З.А., Богданов А.Б. // Журнал акушерские и женские болезни. – 2000. – Т. 49, №4. – С.31-34.

11. Оперативная урология: Рук-во для врачей. – Л., 1986. – 181 с.

Информация об авторе: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра общей хирургии с курсом урологии, тел. 8-902-900-22-02, e-mail: urology@irk.ru, Оношко Виктор Фёдорович – доцент, к.м.н.

© ЛУКЬЯНЕНКО Н.Я., ШОЙХЕТ Я.Н., КОНОВАЛОВ В.К. – 2010

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛОСТНЫХ ФОРМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ

Н.Я. Лукьяненко¹, Я.Н. Шойхет², В.К. Коновалов²

(¹КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», гл. врач – к.м.н. В.А. Лещенко; ²Алтайский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. В.М. Брюханов, кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Федоров)

Резюме. В данной работе представлен анализ рентгенодиагностических, клинических, лабораторных методов исследования больных с полостными формами периферического рака легких, с целью изучения основных причин врачебных ошибок. Установлено, что причинами врачебных ошибок у больных с полостными формами периферического рака легких были недостаточная выраженность ведущих клинических признаков течения заболевания, отсутствие комплексного подхода в определении объема и методов обследования, недостаточность учета основных рентгенологических признаков (локализации, плотности, структуры образования, полости распада); отсутствие алгоритма в этапности диагностического процесса и поздняя доступность специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: полостная форма периферического рака легких, компьютерная томография, врачебные ошибки.

THE PROBLEMS IN DIAGNOSIS OF CAVITARY CANCER OF LUNGS

N.Y. Lukyanenko¹, Y.N. Shoikhet¹, V.K. Konovalov²
(¹Altai Diagnostic Center, ²Altai State Medical University)

Summary. This work contains information about analysis of x-ray images, clinical and laboratory methods of examination of patients with cavitary lung cancer for researching principal doctor's mistakes. Reasons of doctor's mistakes were: inexpressive main clinical features of development of disease, absence of complex methods of examination, overlook of elementary radiological features (localization, density, structure, cavity of decomposition); absence of algorithm of examination and late accessibility of special medical service.

Key words: cavitary lung cancer, computer tomography, doctor's mistakes.

Значительные трудности дифференциальной диагностики полостных форм периферического рака легких, обусловлены тем, что одному синдрому могут соответствовать многие заболевания [1,2,3]. Интерпретация клинических и лабораторных методов, используемых во врачебной практике, при атипичном течении заболевания приводит к ошибочному диагнозу. Это резко удлиняет сроки постановки окончательного диагноза и снижает эффективность лечения [1,3,4,5]. Классические методы рентгенологической диагностики в данных условиях не всегда могут обеспечить своевременную и правильную постановку диагноза пациенту [3,4].

Исходя из этого, представлялось интересным определение значимости рентгенодиагностических, клинических, лабораторных признаков среди больных полостными формами периферического рака легких, у которых были допущены диагностические ошибки.

Цель исследования: изучить основные причины врачебных ошибок при установлении окончательного диагноза больным с полостными формами периферического рака легких.

Материалы и методы

В ходе проведенного исследования использованы рентгенодиагностические, клинические, лабораторные методы исследования больных с полостными формами периферического рака легких.

В основную группу вошли 79 больных с нераспознанной

полостной формой периферического рака легкого вследствие допущенных врачебных ошибок в диагностике при обращении в лечебно-профилактические учреждения. Критерием отбора больных основной группы был срок установления окончательного диагноза позднее 14 дней от даты обращения в лечебно-профилактическое учреждение.

Группа сравнения составила 61 больной, у которых диагноз был поставлен при обращении в лечебно-профилактические учреждения в период до 14 дней.

Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрастному составу, социальному статусу и структуре сопутствующей соматической патологии. Возрастной состав основной группы варьировал от 18 до 76 лет, средний возраст – 46,7±0,4 года. В группе сравнения колебался от 17 до 74 лет и составил в среднем 47,2±0,6 года. Основной сопутствующей патологией были гипертоническая болезнь (4,7% и 6,1%, p=0,55), хронические неспецифические заболевания легких (12,3% и 14,5%, p=0,63), сахарный диабет (2,4% и 1,8%, p=0,07). В ходе исследования определены уровни лечебных учреждений и сроки постановки окончательных диагнозов изучаемых патологий. Изучены основные причины врачебных ошибок при установлении окончательного диагноза у больных с полостными формами периферического рака легких.

Рассмотрены основные лучевые методы диагностики (флюорография, рентгенография, линейная томография, компьютерная томография), используемые лечебно-профилактическими учреждениями и качество рентгенограмм.

Классифицированы врачебные ошибки, приведшие к несвоевременной постановке диагноза. Выделены три основных раздела причин врачебных ошибок, приведших к несвоевременной постановке диагноза, которые в свою очередь представлены подразделами: 1. Не правильная интерпретация клинических данных. 2. Техногенные: 2.1. предел метода; 2.2. тяжесть состояния, не позволяющая обследовать больного. 3. Субъективные: 3.1. неправильная интерпретация данных лучевой диагностики; 3.2. недостаточная квалификация врача; 3.3. нарушение стандарта обследования; 3.4. низкое качество рентгенограмм; 3.5. неадекватность выбранного метода исследования; 3.6. сложность случая.

Правильность интерпретации клинических данных оценивалась по описанию врачом в истории болезни жалоб больных, объективных и физикальных данных. Оценке подверглись данные лабораторных исследований: увеличенная СОЭ, лейкоцитарный сдвиг формулы крови влево, результаты бактериологических и гистологических исследований.

Техногенные врачебные ошибки определялись техническими характеристиками, используемого диагностического метода и тяжестью больного, не позволяющей его обследовать.

В группе субъективных причин врачебных ошибок оценены: интерпретация данных лучевой диагностики согласно основным рентгенологическим признакам патологического процесса; квалификация врача, как средняя величина «конечного результата» клинического и рентгенологического исследования – S:

$$S = \frac{NC + NR + NM}{3} \times 100\%,$$

где, NC – неправильная интерпретация клинических данных, NR – неправильная интерпретация данных лучевой диагностики, NM – неадекватность выбранного метода исследования.

– нарушение стандарта обследования – отклонение от определенного Минздрава России для каждой патологии; – низкое качество рентгенограмм – удельный вес имеющих дефекты; – неадекватность выбранного метода – удельный вес исследований с отрицательным результатом; сложность случая – удельный вес пациентов имеющих стертую атипичную клиническую картину течения заболевания и рентгенодиагностических признаков.

Полученные в ходе исследования данные проанализированы с использованием интенсивных и экстенсивных показателей. Проведена оценка достоверности полученных результатов путем расчета средней ошибки, а так же сравнения переменных, представленных в виде частот посредством использования двухстороннего точного критерия Фишера. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$. Для обработки материала применялись табличный редактор Excel-5 и пакета программ STATISTIKA 6.0 (StatSoft Inc.).

Результаты и обсуждение

Анализ первично установленных диагнозов больными основной группы, показал что у 27,8% больных был поставлен диагноз пневмонии, 24,2% – абсцесса легкого, 2,5% – силикоза легкого, 31,6% – хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), 13,9% – туберкулеза легких.

Сроки постановки клинического диагноза больными основной группы составили: от 14 дней до 2 месяцев – 31,0%, от 2-х до 8 месяцев – у 58,7%, более 1 года – 10,3%.

В группе сравнения диагноз полостной формы периферического рака легкого у 64,0% больных был поставлен сразу, в том числе при профилактических осмотрах – в 14,8% случаев. У 19,7% больных возникло подозрение на абсцесс легкого, у 13,1% – пневмонии, у 3,3% – ХОБЛ. Клинический диагноз в этой группе был поставлен от 1 до 14 дней от момента обращения.

Анализ клинических и лабораторных признаков у больных основной и группы сравнения свидетельствовал о более

выраженной клинической картине последней. В группе сравнения сухой кашель отмечался на 29,9% ($p=0,1$) чаще, боли в грудной клетке на 13,9% ($p=0,11$), кровохарканье на 8,1% ($p=0,01$), нежели в основной группе. Одышка регистрировалась только в группе сравнения. Субфебрильная температура тела отмечалась одинаково часто в обеих группах больных. У больных основной группы сдвиг лейкоцитарной формулы влево в 1,7 раза ($p=0,036$) встречался чаще, нежели в группе сравнения, что в определенной степени ориентировало врача на воспалительный процесс. Цитологическое подтверждение диагноза рака легкого отмечено в группе сравнения в 15,5 раза ($p<0,001$) чаще. Показатели СОЭ в сравниваемых группах были одинаковыми.

В виду высокой значимости рентгенодиагностических признаков в постановке диагноза больному проведена их сравнительная оценка в изучаемых группах больных. В основной группе наиболее значимыми были: равномерно утолщенные стенки образования (в 3,6 раза чаще нежели в группе сравнения ($p=0,066$); наличие реакции паракостальной плевры (в 3,9 раза ($p=0,001$)); щелевидные полости ближе к краю выявлялись только в основной; небольшое наличие жидкости в полости (в 2,8 раза ($p=0,21$)); полигональная форма образования (на 28,6%, $p=0,66$).

В группе сравнения наружные четкие контуры образования на 53,2% ($p=0,005$) чаще встречались, чем в основной, дорожка к корню – на 39,5% ($p=0,21$), полости распада одиночные в центре – на 15,2% ($p=0,07$), округлая форма образования на 22,7% ($p=0,09$).

Исходя из выявленных различий рентгенодиагностических признаков в основной и группе сравнения, проведен анализ заключений, данных врачами в ходе описания рентгенограмм (табл. 1).

Анализ заключений, данных врачами в ходе описания рентгенограмм полостной формы периферического рака легких с врачебными ошибками (основной группы), и больных полостной формы периферического рака легких, установленного сразу при обращении к врачу (группы сравнения),

Таблица 1

Анализ заключений, данных врачами в ходе описания рентгенограмм полостной формы периферического рака легких в анализируемых группах больных

Описанные рентгенологические признаки	Основная группа (n=79)		Группа сравнения (n=61)		p
	абс.	%	абс.	%	
Контуры	57	72,2	54	88,5	0,5
Локализация	3	3,8	2	3,3	1,0
Полость распада	32	40,5	38	62,3	0,014
Плотность	3	3,8	2	3,3	1,0
Структура	22	27,8	34	55,7	0,009
Состояние окр. ткани	44	55,6	42	42	0,8

свидетельствует о недостаточном учете таких рентгенологических признаков, как локализация и плотность образования – 3,8% и 3,3% соответственно и не выявил значимых различий между сравниваемыми группами ($p=1,0$). В основной группе в 27,8% описана структура образования, наличие в 41,4% – полости распада. В группе сравнения эти показатели выше в 2,0 раза ($p=0,009$) и на 13,2% ($p=0,014$) соответственно. Низкий уровень заключений в обеих группах свидетельствует о нарушении технологии обследования и недостаточной подготовке специалистов.

Из 24,1% больных основной группы, обратившихся в центральные районные больницы края, правильный диагноз установлен в 7,6%. Из 58,6% больных этой группы, обратившихся в городские больницы и поликлиники, диагноз установлен 12,6%.

В краевые и специализированные городские лечебно-профилактические учреждения основной группы обратилось 17,2%. Удельный вес правильно установленных диагнозов в этих лечебно-профилактических учреждениях составил 79,8% от общего количества больных основной группы и 100,0% от обратившихся.

В группе сравнения в центральных районных больницах правильный диагноз установлен 27,8% больных. Городскими

больницами и поликлиниками – 49,2%. Краевыми и специализированными городскими лечебно-профилактическими учреждениями – 23,0% от общего количества больных основной группы и 100,0% от обратившихся.

претация клинических данных, техногенные, субъективные, отсутствие алгоритма направления больного на уровень специализированного лечебно-профилактического учреждения (табл. 2).

Таблица 2

Классификация врачебных ошибок, приведших к несвоевременной постановке диагноза полостной формы периферического рака легких

Группы врачебных ошибок	абс.	%
1. Не правильная интерпретация клинических данных	18	22,7
2. Техногенные	11	13,9
2.1. Предел метода		
2.2. Тяжесть пациента, не позволяющая обследовать больного	-	-
2.3. Субъективные	42	53,2
2.4. Неправильная интерпретация данных лучевой диагностики	23	29,1
2.5. Недостаточная квалификация врача	23	29,1
2.6. Нарушение стандарта обследования (несвоевременное направление в специализированном ЛПУ)	79	100,0
2.7. Низкое качество R-снимков	14	17,7
2.8. Неадекватность выбранного метода исследования	53	67,1
2.9. Сложность случая	15	19,0

Исходя из проведенного исследования, нами классифицированы причины врачебных ошибок, приведших к несвоевременной постановке диагноза полостной формы периферического рака легких основным группой. Выделены следующие группы причин: неправильная интер-

Неправильная интерпретация клинических данных, связанная с атипичностью ее течения, составила 22,7%. Техногенные факторы были связаны с пределом используемого метода исследования и составили 13,9%. Наиболее обширной была группа субъективных причин врачебных ошибок при постановке диагноза полостной формы периферического рака легких: неправильная интерпретация данных лучевой диагностики – 53,2%; недостаточная квалификация врача – 29,1%; низкое качество рентгенологических снимков – 17,7%; неадекватность выбранного метода исследования – 67,1%; сложность случая – 19,0%.

Наиболее существенным фактором диагностических ошибок на наш взгляд являлось нарушение стандарта обследования, связанное с несвоевременным направлением больных в специализированные ЛПУ для углубленного обследования с применением современных методов лучевой диагностики, которое составило 100,0%.

Таким образом, причинами врачебных ошибок в основной группе больных с полостной формой периферического рака легких были: недостаточная выраженность ведущих клинических признаков течения заболевания – 22,7%; отсутствие комплексного подхода в определении объема и методов обследования больного – 53,2%; недостаточность учета основных рентгенологических признаков (локализации, плотности, структуры образования, полости распада) – 67,1%; отсутствие алгоритма направления больного на уровень специализированного лечебно-профилактического учреждения – 100,0%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. – М.: Медицина, 1995. – С.53-131.
2. Позмогов А.И., Терновой С.К., Бабий Я.С., Лепихин Н.М. Томография грудной клетки. – Киев: Здоровья, 1992. – 288 с.
3. Соколов В.А., Карташов В.М., Пивень А.И.

Рентгеновская продольная и компьютерная томография в диагностике и дифференциальной диагностике периферического рака легкого // Вестник рентгенологии и радиологии. – М., 1996. – №4. – С.40-45.

4. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. – М.: Медицина, 1994. – 450 с.

Информация об авторах: 656011, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Бехтерева, 45 т. 8(3852) раб. 261561, e-mail: infec@yandex.ru, Лукьяненко Николай Яковлевич – заведующий отделением, к.м.н.; Шойхет Яков Наумович – руководитель НИИ пульмонологии, заведующий кафедрой, заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н. профессор; Коновалов Владимир Константинович – профессор, д.м.н.

© МИРОНОВ В.И., БРЕГЕЛЬ А.И., АГЕЕНКО В.А., БАШЛЫКОВ Д.В., ХАНТАКОВ А.М., ЕВТУШЕНКО В.В. – 2010

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

В.И. Миронов, А.И. Брегель, В.А. Агеенко, Д.В. Башлыков, А.М. Хантаков, В.В. Евтушенко
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Представлен анализ результатов диагностики и лечения 2332 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта различного генеза. У 1635 больных причиной кровотечения явились хронические гастродуоденальные язвы, у 693 – острые поражения слизистой оболочки. Не были оперированы 1278 больных. Общая летальность при язвенных кровотечениях составила 3,1%, послеоперационная – 9,5%. Сделан вывод о необходимости дальнейшего поиска эффективных и надежных методов консервативной терапии острых кровотечений.

Ключевые слова: острое желудочно-кишечное кровотечение, диагностика, лечение.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT GASTRODUODENAL BLEEDINGS

V.I. Mironov, A.I. Bregel, V.A. Ageenko, D.V. Bashlykov, A.M. Hantakov, V.V. Evtushenko
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The analysis of results of diagnostics and treatment of 2332 patients with acute bleedings from the upper of a digestive tube of a various genesis is presented. At 1635 bleedings sick by the reason were chronic gastroduodenal ulcers, at 693 – acute lesions of a mucosa. 1278 patients have not been operated. The over-all mortality at ulcerative bleedings has made 3,1%, postoperative – 9,5%. The conclusion is drawn on necessity of the further search of effective and reliable methods of conservative therapy of acute bleedings.

Key words: an acute gastroduodenal bleeding, diagnostics, treatment.