

У двух больных с первичным диагнозом аденоматозного зоба при повторной операции были выявлены фолликулярные аденомы, в одном случае – с очагами дисплазии 1–2-й степени.

Злокачественные опухоли были выявлены в пяти (17,8 %) наблюдениях ПРЗ. У одной больной папиллярный рак был выявлен как при первой, так и при повторной операции. В остальных случаях результаты морфологического исследования после первой операции не известны.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Объем хирургического вмешательства не является определяющим в развитии ПРЗ. По-видимому, определенное значение имеет продолженное воздействие первичных патогенетических факторов и/или неадекватная, часто неконтролируемая, заместительная терапия.

2. Морфологическая картина ПРЗ по сравнению с первоначальными изменениями часто характеризуется нарастанием активности пролиферативных процессов, что проявляется формированием аденоматозных структур, аденом и раков. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования с целью выработки морфологических критериев возможного прогнозирования развития послеоперационного рецидивного зоба.

Литература

1. Бондаренко В.О. и др. // Материалы 11(13) Рос. симп. по хирургической эндокринологии. СПб., 2003. С. 37–41.
2. Малиновский Н.Н., Решетников Е.А., Кононенко С.Н. // Клинический вестн. 2000. № 2. С. 15–19.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. СПб., 2006.
4. Хмельницкий О.К., Авдеенко Ю.Л. Щитовидная железа жителей Санкт-Петербурга в норме и при патологии. СПб., 2003.

Ростовский государственный медицинский университет

2 ноября 2006 г.

УДК 616-079.5:616-089.168.8

ВИДЫ ТРАВМ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ г. МОСКВЫ

© 2006 г. Л.М. Михалева, И.А. Редько

We were investigate kinds of traumatic patients at city clinical hospital № 31, Moscow from 2004 to 2005 and their death causes.

Вопросы качества клинической диагностики, правильности формулировки клинических и патологоанатомических диагнозов, а также анализ причин смерти больных являются главными вопросами при оценке качества работы стационара [1–3]. Прогресс медицины как науки и повышение качества оказания медицинской помощи зависят от эффективной организации аутопсийных исследований с последующим анализом результатов вскрытий. В настоящее время значение аутопсий складывается из трех составляющих: клинко-анатомическая экспертиза, научное исследование и медицинское образование [4]. Несмотря на наличие глубокого анализа смертности больных в ЛПУ г. Москвы, на наш взгляд, недостаточно оценены причины летальных исходов больных травматологического профиля, чему и посвящена данная работа.

Городская клиническая больница № 31 г. Москвы является многопрофильной клинической больницей, имеющей 620 коек и 15 отделений, среди которых терапевтические, хирургические, гинекологические, реанимационные, травматологическое, ортопедическое, урологическое, неврологическое и приемное. С 2004 по 2005 г. в больнице пролечено 40 562 больных: в 2004 – 21 588, в 2005 – 18 974 больных. Пациентов травматологического профиля за этот период было пролечено 3 285 (в 2004 г. – 1 749, и 2005 г. – 1 536). Травматические повреждения данной группы больных имеют различный характер: уличные, бытовые, транспортные, падения с высоты, производственные и прочие травмы.

В больнице за два анализируемых года всего умерло 1 048 больных, из них больных травматологическо-

го профиля – 83 пациента. Процент летальных исходов пациентов травматологического профиля за данный период составил 1 % (по всей больнице 2,8 %). Так, в 2004 г. умерло 50, а в 2005 г. – 33 пациента травматологического профиля. Из них 64 умершим больным была произведена судебно-медицинская экспертиза, 17 – патологоанатомическое вскрытие, а двое оформлены по просьбе родственников без проведения аутопсии. Последние двое больных старше 80 лет поступили в больницу по поводу закрытого перелома шейки бедренной кости. У одного из них, кроме того, развился острый инфаркт миокарда.

Из 17 умерших больных патологоанатомического профиля у 11 единственным основным или одним из основных заболеваний (первоначальная причина смерти) явился перелом шейки бедренной кости. У двоих из них перелом шейки бедренной кости является вторым основным заболеванием (первым – острый инфаркт миокарда). Возраст этих больных составил в среднем 84,9 года. Непосредственная причина смерти у 7 больных – тромбоэмболия легочной артерии (63,6 %), у троих – острая левожелудочковая недостаточность (27,2 %), одного – двусторонняя пневмония (9 %). Данные пациенты провели в стационаре от 4 до 59 койко-дней (в среднем 19,5 койко-дней). У еще троих умерших больных, которым проводили патологоанатомическое вскрытие, перелом шейки бедренной кости в стадии консолидации и явился сопутствующим заболеванием, не играющим роли в танатогенезе (в среднем больные провели в больнице 48 койко-дней). Возраст этих пациентов от 78 до 91 года. Первоначальной причиной смерти у двоих явился острый

инфаркт миокарда, а у третьего – остеохондроз и деформирующий спондилез шейного и поясничного отдела позвоночника с циркулярной протрузией диска поясничных позвонков и компрессией спинного мозга. Еще у одного умершего больного (женщина 78 лет) первоначальной причиной смерти явился закрытый перелом хирургической шейки плечевой кости с развитием флеботромбоза плеча, приведшего к тромбоэмболии легочной артерии с развитием инфаркт-пневмонии. Смерть наступила на 7-е сут после госпитализации. Двое последних больных в травматологическом отделении больницы скончались от центрального рака легкого с метастазами в печени, костях и от миеломной болезни с поражением костей свода черепа, грудины, ребер, плечевой и бедренной костей. Провели в отделении соответственно 26 и 11 койко-дней.

Таким образом, из 17 умерших в стационаре больных травматологического профиля, которым было осуществлено патологоанатомическое вскрытие, у двоих было выявлено прогрессирование злокачественной опухоли, у 12 – перелом бедренной и плечевой костей после перенесенной бытовой травмы, у двоих – инфаркт миокарда и у последнего – деформирующий спондилез позвоночника с циркулярной протрузией диска поясничных позвонков и компрессией спинного мозга. Эта группа больных характеризуется пожилым и старческим возрастом и длительным пребыванием в стационаре. Почти в половине случаев (47 %) непосредственной причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии.

Другая группа умерших больных травматологического профиля (64 чел.) была направлена на судебно-медицинскую экспертизу. Данная категория больных перенесла тяжелые сочетанные травмы различного характера: уличные, бытовые, транспортные, после падения с высоты и прочие. В отличие от категории умерших больных, которые были проанализированы выше, данные пациенты характеризуются преимущественно молодым возрастом и часто кратковременным (досуточным) пребыванием в стационаре (26,5 %). Кроме того, тромбоэмболия легочной артерии как непосредственная причина смерти почти не встречалась. Причиной смерти у большинства больных после сочетанных травм явились кровопотеря и шок, а также отек и набухание головного мозга.

Из данной группы умерших больных пять человек умерли в приемном отделении (досуточная смерть) в возрасте от 19 до 44 лет (в среднем 30,6 лет). Первоначальная причина смерти у пяти больных – сочетанная тупая травма тела с повреждениями костей скелета и внутренних органов. Непосредственная причина смерти – кровопотеря и шок.

Значительное число умерших больных данного профиля поступили в больницу после дорожно-транспортного происшествия (32 чел.), из них 9 – водители, трое – пассажиры и 20 были пешеходами. Средний возраст всех трех категорий участников ДТП был соответственно 29,6, 33,6 и 61,3 года. В стационаре данные больные находились до суток – 17 чел., остальные 15 – от 2 до 25 койко-дней. Операции (первичная хирургическая обработка ран, ампутация конечностей, резекция или ушивание внутренних орга-

нов и др.) были выполнены 24 из 32 больных. Причем 9 пациентам было выполнено две и более операции. Первоначальная причина смерти – открытая или закрытая черепно-мозговая травма в сочетании с тупыми травмами тела и конечностей с переломами костей и повреждением внутренних органов. Непосредственная причина смерти – отек и набухание головного мозга, шок и кровопотеря.

Следующая группа умерших больных представлена кататравмами – 17 больных в возрасте от 16 до 75 лет (в среднем 44,5 года), из них мужчин – 9, женщин – 8. Падение умерших больных было констатировано с высоты от 3 до 30 м, причем в одном случае оно носило производственный характер, у троих – суициды, еще у троих – насильственный мотив, у остальных – причина падения не установлена. Первоначальная причина смерти – сочетанные травмы (черепно-мозговые, туловища и конечностей, сопровождающиеся ушибами головного мозга, субдуральными и субарахноидальными кровоизлияниями, разрывами внутренних органов и переломами костей). Непосредственная причина смерти – травматический и постгеморрагический шок, отек и набухание головного мозга с его дислокацией.

Малочисленная группа умерших больных (трое мужчин в возрасте 25, 27 и 73 года) составляют огнестрельные ранения. В одном случае произошел хулиганский выстрел в голову в баре, в другом – неосторожное обращение с взрывпакетом, в третьем – суицид (выстрел в рот ракетницей). Провели данные больные в больнице соответственно 3, 1 и 2 койко-дней.

Колото-резаное ранение, приведшее через несколько часов после поступления к смерти, выявлено у мужчины 27 лет. Непосредственная причина смерти – массивная кровопотеря.

У одного умершего больного (мужчина 32 лет) выявлена производственная травма – на стройке упала на голову балка массой 300 кг. Смерть наступила на 6-е сут после госпитализации. Непосредственная причина смерти – ушиб и разможжение головного мозга.

Последнюю группу умерших больных травматологического профиля составили четверо больных с закрытыми и открытыми (по двое) черепно-мозговыми травмами в возрасте от 31 до 90 лет, найденных как дома (после эпилептического припадка), так и на улице. Трое из них провели менее суток в больнице, четвертый – 11 койко-дней. Непосредственная причина смерти – отек, ушиб и дислокация головного мозга.

Таким образом, изучение летальных случаев среди больных травматологического профиля, поступивших в многопрофильную больницу г. Москвы, выявило, что пять пациентов (6 %) с тяжелыми сочетанными травмами головного мозга, туловища и конечностей погибли еще в приемном отделении, 71 больной (77,5 %) скончался в реанимационных отделениях и лишь 7 больных (8,5 %) умерли в травматологическом отделении. Анализ умерших больных травматологического профиля выявил две основные группы. Первая группа умерших больных характеризуется молодым возрастом (средний возраст у 64 пациентов – 36 лет), которые пробыли в стационаре в среднем всего 4 койко-дня, поступили или в приемное, или сразу в

реанимационное отделение после тяжелых сочетанных травм. Основная причина травм этой группы больных – высококинетический (механический) контакт в результате дорожно-транспортного происшествия (39 %), падения с высоты (20 %), насильственные хулиганские действия (11 %). Непосредственная причина смерти этих больных – кровопотеря, шок и отек с дислокацией головного мозга.

Другая группа больных – 19 пациентов имеет средний возраст 84,6 года – после переломов трубчатых костей, пробывших в стационаре в среднем 22 койко-дня. Основная причина травмы у этой группы больных – падение на плоскости в результате потери равновесия, спотыкания, поскользывания, которые происходили на улице у 6 больных (7,5 %) – так называемая уличная травма и у 14 пациентов (16,5 %) – в домашних условиях (бытовая травма) с переломами бедра

(17 случаев), голени (2) и плеча у одного больного. Течение травматической болезни у данной категории лиц осложнилось наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. Непосредственная причина смерти у данных пациентов – ТЭЛА (63,6 %), острая левожелудочковая недостаточность (27,2 %) и двусторонняя пневмония (9 %).

Литература

1. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. М., 1994.
2. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза. М., 2003.
3. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г. Формулировка и сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов: Методические рекомендации. М., 2003.
4. Зайратьянц О.В. // Архив патологии. Приложение. 2002. С. 64.

Городская клиническая больница № 31, г. Москва

2 ноября 2006 г.

УДК 616.9:616.126

ИСТОРИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

© 2006 г. Е.М. Непомнящая, Ю.Г. Кириченко, С.А. Гусарев

The paper presents peculiarities of present-day course of infectious endocarditis.

Септический эндокардит (СЭ), который до недавнего времени называли бактериальным, а теперь обозначают как инфекционный (ИЭ), всегда считался особой формой сепсиса [1]. Уже в 50-е гг. большинство исследователей рассматривали ИЭ как проявление гиперергии, как септицемию с септическим очагом на клапанах сердца [2, 3]. В настоящее время отмечается патоморфоз заболевания, затронувший этиологию, клинику и морфологию. Изменился характер тромбоэмболических осложнений. По мнению G. Gregoratis [4], если бы врачи продолжали ориентироваться только на классические симптомы ИЭ, то у 90 % больных в настоящее время диагноз не был бы поставлен. В то же время патогенез заболевания остался неизменным [5–7].

Актуальность проблемы ИЭ связана с увеличением числа хирургических операций на сердце. Так, среди причин летальных исходов и дисфункций биопротезов, потребовавших повторных вмешательств, частота его достигает 26–57 % и сохраняется тенденция к дальнейшему увеличению [8–10].

В последние годы одной из существенных проблем клинической медицины стал ИЭ, развивающийся у лиц, использующих внутривенное введение наркотиков. В России заболеваемость ИЭ среди инъекционных наркоманов составляет от 5 до 10 % в год, что в несколько раз превышает аналогичные показатели в группе больных с предрасположенными к ИЭ болезнями сердца, с искусственными клапанами [11].

В связи с вышеизложенным мы сочли возможным провести клинко-морфологические сопоставления секционных наблюдений ИЭ, встретившегося на секции в ГУЗ Ростовском филиале «Патологоанатомическое бюро» за 10 лет (1997–2006 гг.). При этом мы имели возможность статистически сравнить данные

секционных наблюдений ИЭ, собранные на базе этой же прозектуры за периоды 1927–1941 и 1963–1977 гг. (табл. 1).

Таблица 1

Нозология аутопсийного материала

Заболевания	1927–1941 гг.	1963–1977 гг.
Острые инфекционные	34,45	7,64
Туберкулез	9,36	3,20
Сердечно-сосудистые	6,78	25,0
Опухоли	5,65	16,57
Заболевания органов дыхания	4,60	4,04
Гнойно-септические	4,58	2,04
Заболевания органов пищеварения	1,66	8,80
Заболевания органов кроветворения	0,55	3,23

Так, при анализе секционного материала, собранного в довоенный и послевоенный период, было установлено [6], что патология органов сердечно-сосудистой системы на секции на 17 000 вскрытий (1927–1941 гг.) заняла 3-е место – 6,78 %. В послевоенный период (1963–1977 гг.) сердечно-сосудистые заболевания на 33 000 аутопсий встретились уже на первом месте – 25,0 %. Отмечены также определенные изменения в структуре летальности в группе заболеваний сердечно-сосудистой системы. Полученные данные представлены на рис. 1, 2.

Нами были изучены истории болезней и протоколы вскрытий 44 секционных наблюдений ИЭ, составившие 0,9 % от 4 868 произведенных вскрытий. Гистологически и гистохимически исследовались сегменты створок клапанов, которые фиксировали в ней-