

10. Frey C., Suzuki M., Isaji S. // *World J. Surg.* — 1990. — Vol. 14. — P. 59–69.
11. Friess H., Shrikhande S., Shrikhande M. et al. // *Gut.* — 2002. — Vol. 50. — P. 682–686.
12. Ho H., Frey C. // *Arch. Surg.* — 2001. — Vol. 136. — P. 1333–1338.
13. Ito K. // *J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg.* — 2005. — Vol. 12. — P. 123–128.
14. Jimenez R., Fernandez-del Castillo C. et al. // *World J. Surg.* — 2003. — Vol. 27. — P. 1211–1216.
15. Koeninger J., Seiler C., Wente M. et al. // *Trials.* — 2006. — Vol. 7. — P. 12–18.
16. Korc M., Friess H., Yamanaka Y. et al. // *Gut.* — 1994. — Vol. 35. — P. 1468–1473.
17. Morel P., Rohner A. // *Surgery.* — 1987. — Vol. 101. — P. 130–135.
18. Muehling B., Kolb A., Ramadani M. et al. // *Pancreas.* — 2004. — Vol. 28. — P. 174–180.
19. Muller M., Friess H., Beger H. // *Am. J. Surg.* — 1997. — Vol. 173. — P. 257–263.
20. Nealon W., Thompson J. // *Ann. Surg.* — 1993. — Vol. 217. — P. 459–468.
21. O'Neil S., Aranha G. // *World J. Surg.* — 2003. — Vol. 27. — P. 1196–1202.
22. Partington P., Rochelle R. // *Ann. Surg.* — 1963. — Vol. 152. — P. 1037–1043.
23. Petrozza J., Dutta S., Latham P. // *Dig. Dis. Sci.* — 1984. — Vol. 29. — P. 890–895.
24. Schnelldorfer T., Lewin D., Adams D. // *World J. Surg.* — 2006. — Vol. 30. — P. 1321–1328.
25. Scuro L., Vantini I., Piubello W. // *Am. J. Gastroenterol.* — 1983. — Vol. 78. — P. 495–501.
26. Senn N. // *Am. Surg. Assoc.* — 1886. — Vol. 4. — P. 99–232.
27. Stone W., Sarr M., Nagorney D., McIlrath D. // *Arch. Surg.* — 1998. — Vol. 123. — P. 815–819.
28. Warshaw A., Popp J., Schapiro R. // *Gastroenterol.* — 1980. — Vol. 79. — P. 289–293.
29. Watari N., Hotta Y., Mabuchi Y. // *Anat. Jpn.* — 1982. — Vol. 58. — P. 837–858.
30. Yekebas E., Bogoevsky D., Honarpisheh H. et al. // *Ann. Surg.* — 2006. — Vol. 244. — P. 940–948.

Поступила в редакцию 18.06.2008.

LONGTERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

N.V. Ivanov

Moscow Medical Academy

Summary — The review of the literature devoted to surgical ways of treatment of chronic pancreatitis. The specific features of the longitudinal pancreatojejunostomy, pancreatoduodenal resections (including with graining) and intra-parenchymal resections of the head of a pancreas are described. It is concluded, that a choice of this or that surgery at chronic pancreatitis should be based on the individual parameters received at exam of each patient. Probably, advantage further will be given to the combined surgeries combining both draining and resection components.
Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, long-term results.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 11–16.

УДК 616.61-07-035.7:614.253.83

Е.Ю. Лозинский

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИИ

Ключевые слова: ошибки, диагностика, нефрология.

На основе данных литературы и собственных наблюдений проанализированы разновидности ошибок при диагностике и лечении заболеваний почек. Ошибки могут быть допущены на всех этапах обследования нефрологического больного: на этапе выявления симптомов и ведущего синдрома, при уточнении нозологической основы синдрома и при оценке активности нефропатии и функционального состояния почек. Рассмотрены наиболее типичные ошибки при трактовке распространенных симптомов и синдромов, ошибки при оценке результатов инструментальных исследований, включая биопсию почки. Важная роль в предотвращении ошибочных диагностических заключений принадлежит постоянному совершенствованию клинического мышления, трезвой оценке диагностического значения всех методов обследования и возможностей новых методов лечения.

Современная нефрология располагает большим количеством методов, облегчающих диагностику. Расширение терапевтических возможностей требует тщательного обследования больного, проведения более четкой дифференциальной диагностики. Именно точный диагноз и определяемое знаниями и опытом

врача правильное лечение решают в значительной мере судьбу больного. Ошибочная трактовка данных, получаемых при обследовании, влечет за собой и неправильную лечебную тактику. Очень важно определить причинно-следственную связь диагностических ошибок, сложности самого диагностического процесса, небрежности и халатности врачей, дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, низкого профессионального уровня специалистов и др. [1].

Ошибки могут быть допущены на всех этапах обследования нефрологического больного: на этапе выявления симптомов и ведущего синдрома, при уточнении нозологической основы синдрома, при оценке активности нефропатии и функционального состояния почек. Казалось бы, труднее всего ошибиться на первом этапе диагностики, так как признаки ведущих синдромов болезней почек хорошо известны. Однако ошибки встречаются и здесь, нередко они связаны с нетипичностью жалоб, а главное — с недооценкой анамнеза больного. Например, внезапно возникшие

диспепсические явления и судороги могут оказаться первыми симптомами латентно развивающейся уремии при ранее недиагностированном заболевании почек, но трактуются они как заболевание желудочно-кишечного тракта, нервной системы. Н.А. Мухин [3] наблюдал 75-летнего пациента, который обратился к врачу по поводу болей в эпигастрии, рвоты, похудания, повышения температуры тела. С подозрением на опухоль поджелудочной железы больной был направлен в гастроэнтерологическое отделение. Обнаружен высокий уровень азотемии. При расспросе установлено наличие в анамнезе мочекаменной болезни, что подтвердило диагноз хронической почечной недостаточности, развившейся на почве калькулезного пиелонефрита.

Явные клинические синдромы также могут вводить малоопытного врача в заблуждение. Так, раннее назначение мочегонных средств или присоединение почечной недостаточности может привести к быстрой ликвидации отеков при хроническом нефрите. И наоборот, отечный синдром у нефрологического больного может быть связан с сердечной недостаточностью или мальабсорбцией (например, при амилоидозе с поражением кишечника, алкоголизме с поражением поджелудочной железы и т. д.). При обнаружении артериальной гипертензии часто не применяются нефрологические методы обследования, не принимается во внимание патоморфоз болезни. Это приводит к стандартному назначению дорогостоящих антигипертензивных препаратов, иногда противопоказанных в данном случае. Теперь хорошо известно, что за популярным диагнозом «гипертоническая болезнь», существующим только в отечественной медицинской практике, может скрываться атеросклеротический нефроангиосклероз, осложнившийся азотемией. В основе «злокачественной гипертонической болезни» могут оказаться нефроангионекроз, быстро прогрессирующий гломерулонефрит, инфекционный эндокардит.

Довольно часто ошибки совершаются на втором этапе обследования нефрологического больного — этапе дифференциальной диагностики. Недостаточное знакомство с клинической картиной нефропатий (например, неправильное представление о редкости амилоидоза), незнание патогенетически отличных нефропатий (анальгетической, героиновой, подагрической и др.) — причина этих ошибок. Скучные представления терапевтов об урологических заболеваниях, проявляющихся гематурией, протеинурией и т.д., способствуют возникновению таких ошибок. В терапевтическом отделении одной из клиник Владивостока 18-летней девушке, поступившей с картиной геморрагического синдрома, был диагностирован острый лейкоз. При этом врач не уточнил эпиданамнез, не обратил внимания на симптомы острой почечной недостаточности. Консультант-нефролог диагностировал геморрагическую лихорадку с почечным синдромом.

Не меньшее значение для ошибок на этапе дифференциальной диагностики имеет и ряд других причин, среди них — упрощенная трактовка диагностических

признаков. Это касается, например, лейкоцитурии, выявление которой часто по шаблону влечет за собой назначение антибактериальных препаратов (в том числе при остром нефрите, нефротическом синдроме). Истинные воспалительные процессы (апостематозный нефрит) иногда могут протекать и без лейкоцитурии, и распознаются они поразительно редко. Так, в отделении патологии беременности одного из родильных домов Владивостока хронический пиелонефрит диагностировался только на основании обнаружения лейкоцитов в общем анализе мочи, проведенном еще в женской консультации. Вопросы о функциональных пробах почек, характерных симптомах пиелонефрита вызывали недоумение у врачей-акушеров. В этом плане важен качественный анализ лейкоцитурии, позволяющий выявить преобладание нейтрофилов при пиелонефрите и лимфоцитов при гломерулонефрите [6].

Также сложна трактовка гематурии. С одной стороны, она является признаком гематурического варианта хронического нефрита или доброкачественно протекающей IgA-нефропатии, с другой — важным признаком мочекаменной болезни или опухоли почек, а иногда просто симптомом нефроптоза. Протеинурия — наиболее общий и постоянный симптом всех нефропатий — может и не быть признаком диффузного поражения почек (ортостатическая протеинурия, лихорадка, сердечная недостаточность), и неправильная трактовка этого симптома может привести к неоправданному применению дополнительных методов исследования, включая биопсию почки [2].

Нередко отдельный симптом или синдром расценивается как абсолютный, что приводит к диагностической ошибке. Мало кто из терапевтов не диагностирует «острый нефрит», если больной сообщает об изменении цвета мочи в виде «мясных помоев». Но если цвет мочи похож на «крепкий чай», то в предварительный диагноз вписывается «гепатит». Известно, что если гематурия сочетается с кислой реакцией мочи, то гемоглобин из лизировавшихся эритроцитов образует мочекислый гематин (откуда — «крепкий чай»). Чрезвычайно распространено выявление симптома Пастернацкого, который фактически не бывает «положительным» у подавляющего большинства нефрологических больных. Мочевой белок Бенс-Джонса встречается не только при миеломе, но и при амилоидозе почек, и при нефротической форме нефрита. Лаборатории находят LE-клетки при некоторых нефропатиях с неспецифическими реакциями.

Фетишизация результатов инструментальных методов обследования иногда придает уверенность в ошибочном диагнозе. Анализируя 2686 реновазографических исследований, Ю.А. Пытель и И.И. Золотарев [4] установили, что диагностические ошибки были допущены в 4,2% случаев. Причинами заблуждений были: 1) недостаточные знания различных вариантов рентгеноанатомии, 2) нарушение последовательности и невыполнение необходимого объема исследований, 3) неправильная интерпретация вазограмм,

4) отсутствие характерных признаков, специфичных для данного заболевания, на ангиограммах и т.д.

Ультразвуковое исследование — не только наиболее распространенный метод диагностики, но и наиболее субъективный. Достоверность диагноза зависит от твердого знания анатомии, «картинки нормы» и многих других деталей. Гипертрофия отдельных участков кортикального слоя в средней трети почки часто является причиной ошибочных заключений о наличии опухоли. Кроме этого, опухоли паренхимы почек могут имитировать дополнительные доли, плотные абсцессы, нагноившиеся кисты. Сгустки крови принимаются за опухоли лоханки. Аномально расположенные петли кишечника могут имитировать внеорганные опухоли. Ошибочная диагностика конкрементов может быть обусловлена акустическим артефактом — многократным или сильным отражением ультразвуковых волн от уплотненных или кальцинированных стенок почечных артерий или чашечек, участков фиброза, обызвествленных гематом и т.д. Дилатированные чашечки при наполненном мочевом пузыре могут имитировать гипозоногенные участки фибролипоматоза, варикозные вены почки. Дилатация лоханки и мочеточника из-за окклюзии конкрементом может не определяться в 30–35% случаев, т.к. она появляется в разное время после почечной колики (4–36 часов). Гомогенное уплотнение паренхимы почки из-за равномерного склероза дуговых и междольковых артерий может имитировать хронический гломерулонефрит. Неправильные измерения толщины паренхимы приводят к необоснованной диагностике «сморщенной почки».

Компьютерная томография почек — высокодостоверный диагностический метод. Тем не менее опубликовано наблюдение о 42-летнем мужчине, которому этим методом была диагностирована опухоль почки. Последующее ультразвуковое исследование выявило гидронефроз III степени, а на операции диагностирована мультикистозная почка.

Говоря об ошибках при проведении дифференциального диагноза в нефрологии, мы подробно не останавливаемся на целом ряде заболеваний, приводящих к появлению симптомов или синдромов, считающихся «почечными». Так, макрогематурия может быть признаком опухоли мочевого пузыря или цистита, лейкоцитурия — признаком инфекционного процесса. Нам приходилось консультировать женщину 43 лет, у которой в течение 14 лет выявлялись эпизоды безболевого макрогематурии с небольшой протеинурией. При расспросе не удалось выявить какой-либо связи гематурии с вирусной инфекцией или приемом лекарств. Больная неоднократно обследовалась, диагностировались болезнь Берже, геморрагический васкулит, хронический пиелонефрит, острый нефрит. Окончательный диагноз — правосторонний нефроптоз — установлен с помощью экскреторных урограмм.

Азотемия также не всегда является симптомом заболевания почек: значительное повышение уров-

ня мочевины в крови может быть обусловлено катаболизмом белка (тканевого или алиментарного). В качестве примера алиментарной азотемии можно привести наблюдение Н.А. Мухина [3]. Больной хроническим нефротическим нефритом употреблял с «лечебной целью» более 200 г белка в сутки. При исследовании отмечено значительное повышение уровня мочевины в крови (до 23,24 ммоль/л) при нормальной концентрации креатинина и удовлетворительной фильтрационной функции почек. После коррекции диеты содержание мочевины в крови нормализовалось.

Немало случаев, когда из развернутой клинической картины хронической почечной недостаточности выбирается один симптом, на котором основывается нозологический диагноз. Например, «острый лейкоз, анемия» оказывается поликистозом почек, терминальной хронической почечной недостаточностью. Так, у девочки 6 лет диагноз «миокардит, ревматизм» был изменен на «хронический пиелонефрит с хронической почечной недостаточностью, уремией». Диагноз «грипп, пневмония» после госпитализации превращался в хронический пиелонефрит [5].

Часты диагностические ошибки при кажущейся «изолированности» поражения почек, проявляющегося мочевым, нефротическим или реже гипертоническим синдромами. Диагностируемый в этих случаях нефрит может быть проявлением другого системного заболевания. Под маской нефрита может скрываться системная красная волчанка, геморрагический васкулит, миеломная болезнь, системный амилоидоз, паранеопластические и параспецифические (при активном туберкулезе) реакции. Избегать ошибок в подобных случаях помогает тщательное изучение анамнеза болезни. Наличие суставного синдрома, плеврита и других признаков полисерозита у молодой женщины с нефротическим синдромом позволяет с большой вероятностью диагностировать волчаночную природу нефрита, а поражение суставов со всеми особенностями ревматоидного артрита заставляет искать амилоидоз почек. Типичные подагрические артриты в анамнезе больного нефропатией, трактуемой как мочекаменная болезнь, позволяют диагностировать подагру. В некоторых случаях правильному диагнозу способствует изучение семейного анамнеза. Наличие в семье родственника с типичными приступами периодической болезни помогает диагностировать амилоидоз почек.

Определенная категория ошибок в нефрологии связана с переоценкой значения отдельных методов исследования, это относится и к биопсии почек. Этот метод является по существу единственным (при отрицательных результатах биопсии ткани десны и слизистой оболочки прямой кишки) в диагностике амилоидоза. Результаты биопсии важны и для выбора терапевтической тактики. Так, обнаружение фокально-сегментарного гломерулосклероза делает неоправданным назначение даже при выраженном

нефротическом синдроме кортикостероидов. Осенью 2006 г. 12-летнему мальчику с изолированным моче-вым синдромом была проведена нефробиопсия и диагно-стирован склерозирующий нефрит. Несмотря на отсутствие «органа-мишени» в биоптате (признаков активной иммунной нефропатии) и клинических про-явлений активности хронического гломерулонефрита, больному был назначен циклоспорин и большие дозы кортикостероидов. Мощная патогенетическая «стрельба» по соединительно-тканым сращениям закончилась прогрессированием азотемии и появле-нием симптомов хронической почечной недостаточ-ности. Без клинического анализа оценка результатов биопсии часто имеет весьма формальный характер: например, типичный мезангиопролиферативный гло-мерулонефрит, обнаруженный при биопсии, может быть проявлением геморрагического васкулита, а при подобной этиологии глюкокортикостероиды неэф-фективны. Тем не менее диагноз не ставится только по морфологической картине.

Морфологические признаки должны увязываться с течением, клиникой, темпами прогрессии болезни. Ошибки могут быть допущены и в оцен-ке активности нефропатии. Тем более что крите-рии активности гломерулонефрита оцениваются нефрологами неоднозначно. Активность процесса нередко маскируется клиникой присоединившейся хронической почечной недостаточности. В ряде случаев об обострении заболевания свидетельству-ют возникновение нефротического синдрома, на-растание протеинурии, гематурии, лейкоцитурии, усиление диспротеинемии, изменение иммунологи-ческих показателей и т.д. Иногда признаком актив-ности нефропатии может быть внезапное появление или резкое усугубление почечной недостаточности. В этих случаях чаще всего думают о терминальной стадии болезни, ограничивая лечение только сим-птоматическими средствами, что лишает больного шанса на улучшение функций почек при примене-нии активной патогенетической терапии. В оценке течения болезни у каждого больного большое зна-чение имеет выявление эпизодов резкого ухудше-ния состояния в связи с присоединением инфекции или сосудистого тромбоза, к которым так склонны пациенты с нефротическим синдромом. Подобные эпизоды нередко считают проявлением активности нефропатии или даже терминальной стадии болез-ни. Правильная трактовка этих состояний подразу-мевает назначение соответствующей терапии (анти-биотики, антикоагулянты), способной нередко значительно улучшить ближайший прогноз.

Внедрение в нефрологическую практику новых весьма активных средств лечения заставляет про-являть осторожность и внимание с целью избежать ошибки и на этапе выбора лечебной тактики. Ошиб-ки в лечении допускаются в результате отсутствия этиологического подхода, где это возможно (лече-ние антибиотиками поражения почек при подостром

бактериальном эндокардите, отмена лекарства, при-ведшего к лекарственной нефропатии и т.д.). С дру-гой стороны, больным даже с анамнестическими бо-лезнями почек назначение аминогликозидов, амфо-терицина В опасно.

Ошибки, вызванные врачебным незнанием, на-иболее многочисленны. Сюда же нужно добавить ошибки среднего медицинского персонала, лабора-торные ошибки, неисправность медицинской аппа-ратуры и др. Но только об одной причине диагно-стических ошибок информация в отечественных ме-дицинских журналах отсутствует. В то же время, по данным Американского гериатрического общества, 5–10% врачей в возрасте 65 лет и старше страдают деменцией. То есть около 8000 врачей в США имеют слабый интеллект, утрачивают приобретенные ранее знания, с затруднением воспринимают новую ин-формацию.

Таким образом, на различных этапах обследо-вания и лечения больного перед нефрологом стоят трудные задачи, среди которых — предотвращение ошибочных заключений и действий. Важная роль в решении этих задач принадлежит постоянному со-вершенствованию клинического мышления, вклю-чающему трезвую оценку диагностического значе-ния всех методов обследования и терапевтических возможностей новых методов лечения.

Литература

1. Каминский Ю.В. Непрокина И.В. // *Тихоокеанский медицинский журнал*. — 2002. — № 3. — С. 18–21.
2. Лозинский Е.Ю. *Современная нефрология*. — Владивосток : Изд-во Дальневосточного ун-та, 2002.
3. Мухин Н.А. // *Качество жизни. Медицина*. — 2006. — № 4. — С. 10–13.
4. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. *Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевыводящих путей*. — М. : Медицина, 1987.
5. Ярошевская О.И. Гуревич О.Е. Щербакова М.Ю. Дол-гина Е.Н. // *Педиатрия*. — 2006. — № 2. — С. 41–46.
6. Шнигель А.Н. // *Тер. архив*. — 1986. — № 8. — С. 120–127.

Поступила в редакцию 18.07.2008.

MEDICAL MISTAKES IN CLINICAL NEPHROLOGY

E.Yu. Lozinsky

City Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — On the basis of the data of the literature and own work the mistakes are analyzed at diagnostics and treatment of kidneys diseases. Mistakes can be found at all stages of exam of the nephrological patient: at a stage of revealing of symptoms and leading syndrome, at specification of the syndrome and at the estimation of nephropathy activity and functional condition of kidneys. The most typical mistakes at treatment of common symptoms and syndromes, mistakes at an estimation of results of lab and instrument researches, including biopsy, are shown. The important role in prevention of the erroneous diagnostic conclusions belongs to constant perfection of clinical thinking, the estimation of diagnostic role of all methods and opportunities of new methods of treatment.

Key words: mistakes, diagnostics, nephrology.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 16–19.