

УДК 616-091.5

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В.А. Басинский, доцент, к.м.н.

Гродненский государственный медицинский университет



Басинский Виктор Анатольевич - к.м.н., доц., зав. кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины ГГМУ, врач-патологоанатом высшей категории. Область интересов: патологическая анатомия и патоморфоз онкологических заболеваний, болезней щитовидной железы, вопросы организации патологоанатомической службы. Контакт. тел. (0152) 337-337, e-mail: basinsk.grsmi@unibel.by

Проведен анализ роли и места патологоанатомической службы в системе практического здравоохранения. Показано, что достижения современной медицины несколько не уменьшают значения и необходимости аутопсий для осуществления контрольной функции патологоанатома и повышения квалификации врачей. Проанализированы проблемы, возникающие при клинико-анатомических сопоставлениях по данным патологоанатомических вскрытий.

Ключевые слова: патологическая анатомия, аутопсия

The role and position of the pathologoanatomic service within the overall structure of health care system have been analyzed. It has been revealed that in spite of the latest achievements in medicine, autopsies remain efficient and indispensable means for exercising control by pathologoanatomists and updating qualification of practitioners. The problems related to discrepancies between clinical data and autopsy findings following post-mortem examinations have been further analysed.

Key words: pathological anatomy, autopsy

Патологоанатомическая служба в системе здравоохранения занимает одно из важнейших мест, являясь морфологической основой как теоретической, так и практической медицины. Она осуществляет прижизненную и посмертную диагностику, способствует совершенствованию профессиональной подготовки врачей [4, 6, 7].

Значение прижизненной диагностики возросло особенно за последние годы. По своему значению биопсия не только сравнялась, но и превзошла секционную работу. Этот метод диагностики стал повсеместным, и ежегодно в Гродненской области исследуется операционный и биопсийный материал свыше 12000 больных. При этом исследование биопсийного и операционного материала используется не только для диагностики патологических процессов, но и как способ контроля динамики многих заболеваний, влияния проводимых лечебных мероприятий на их течение. Для этого нередко берутся повторные биопсии, что получило широкое распространение в онкологии, гинекологии, гастроэнтерологии и т.д.

Однако, если значение биопсии никем и нигде не оспаривается, то о необходимости и роли аутопсий в современной клинической практике периодически возникают дискуссии, прежде всего в направлении тезиса о снижении их роли [1, 2]. Одним из главных аргументов в пользу снижения значения аутопсий приводится уменьшение процента пато-

логоанатомических вскрытий во многих высоко-развитых зарубежных странах, в частности, в США. Однако ссылки на низкий процент аутопсий в США некорректны, так как мы еще, во-первых, не достигли того уровня лабораторно-инструментального прижизненного исследования, которое позволяет более достоверно ставить правильный клинический диагноз. А во-вторых, развитие только государственной медицины ведет к фактическому отсутствию материальной ответственности за ошибки диагностики и лечения больных, делая не заинтересованными в производстве аутопсии родственников, что, при возрастании количества умерших, выданных без вскрытия, может привести к бесконтрольности оказания медицинской помощи и, как следствие, к снижению ее качества. Что может сказать патологоанатом родственникам умершего больного С., 48 лет, которому при неспецифическом язвенном колите через подключичный катетер в течение 4 суток проводили инфузию в плевральную полость, вызвав коллапс легкого? Они не требуют уголовной или административной ответственности врача, они заинтересованы в материальной компенсации за потерю кормильца, однако перспективы этого при отсутствии страховой медицины очень неопределенны.

Однако, анализ проблем патологоанатомической службы как в области, так и по республике в целом выявляет тенденцию к уменьшению коли-

чества производимых аутопсий. К большому сожалению, это происходит не только по настоянию родственников, но и нередко искусственно, за счет применения разных методов: от уговоров родственников забрать домой безнадежного больного (иногда с неясным диагнозом) до оформления выписки после летального исхода. Проверка свидетельств о смерти выявляет случаи, когда больные «умирают» либо в день, либо на следующий после выписки из стационара.

Что же делает не заинтересованными в производстве аутопсии администрацию больницы и лечащего врача? Конечно же, риск выявления расхождения клинического и патологоанатомического диагноза и, прежде всего, отношение к этому органов здравоохранения. Можно войти в положение и администрации больницы, над которой висит дамоклов меч расхождения диагнозов или выявления грубой дефектуры, которые приводят к административной и материальной ответственности для сотрудников всего медучреждения. И начинается поиск возможностей избежать расхождения с помощью уловок и перестраховок. Не случайно больного Б., 75 лет, с клиникой кишечной непроходимости, в тяжелом состоянии дежурный хирург переправляет в инфекционную больницу с диагнозом «острый гастроэнтероколит» - пусть на них ляжет риск ошибки в постановке диагноза. Больной через 11 часов после перевода скончался, а причиной кишечной непроходимости явился рак сигмовидной кишки - не инфекционная, а хирургическая патология. Понятна сложность проведения дифференциальной диагностики, но получается так, что чем больше стационар берет на себя сложных, с неясным диагнозом больных, тем хуже будут количественные показатели данного учреждения.

Второй способ избежать расхождения диагнозов – сверхосторожное оформление заключительного клинического диагноза. Так только в одном из отделений на аутопсию направлено свыше 50 умерших, в заключительном клиническом диагнозе которых отмечалось, что имеет место комбинированное основное заболевание: инсульт и острый инфаркт миокарда. Анализ историй болезни показывает, что подобные диагнозы рождались чаще после смерти больных и писались они для патологоанатомов. Как понимать заключительный клинический диагноз у умершей Ж., 39 лет: «Цирроз печени в стадии декомпенсации. Хронический панкреатит. Перитонит. Прободная язва желудка. Тромбоз мезентериальных сосудов и легочной артерии»? Что лечили больной в течение 13 дней пребывания в стационаре? У больного П., 75 лет, с клиническими признаками поражения верхней доли правого легкого в заключительном клиническом ди-

агнозе отражена вся возможная патология: «Центральный рак верхней доли правого легкого. Хронический обструктивный бронхит. Инфильтративный туберкулез правого легкого». Пусть патологоанатом на вскрытии попытается отыскать то, чего нет в диагнозах, это будет чрезвычайно сложно. На первый план в приведенных наблюдениях выходит не способность проведения дифференциальной диагностики, а искусство оформления диагноза. На аутопсиях в первом случае вывлен цирроз печени с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, во втором – ХНЗЛ с карнификацией в верхней доле правого легкого. Юридически клиницист вправе требовать совпадения диагнозов при наличии гипердиагностики ряда заболеваний. Да, можно отметить, что в первом приведенном наблюдении не распознано одно из смертельных осложнений, но и здесь выход находится. В одном из реанимационных отделений г. Гродно у 28 умерших среди смертельных осложнений фигурирует «синдром полиорганной недостаточности» - чем не осложнение на все случаи смерти? Хотя в других отделениях города данный «синдром» не нашел отражения ни в одном заключительном клиническом диагнозе.

Очень своевременным и важным для дифференцированного подхода к расхождениям клинического и патологоанатомического диагнозов стало их разделение на 3 категории, в зависимости от имевшихся возможностей правильной диагностики и его влияния на характер проводившегося лечения. Однако, несмотря на то, что патологоанатомами оно применяется до настоящего времени, в модели конечных результатов работы медицинских учреждений этот принцип не учтен, и все расхождения диагнозов в баллах оцениваются однозначно. Хотя всем понятно, что оценивать качество работы лечебного учреждения, а внутри него – лечебного отделения, на основании процента расхождений диагнозов нельзя. Следует учитывать профиль учреждения, его загрузку и диагностические возможности, контингенты больных и возможность своевременной госпитализации [7]. Нельзя равнозначно оценивать расхождение диагнозов у умершего при 10-минутном пребывании больного в приемном покое или многомесячном наблюдении в разных медицинских учреждениях, расхождения, не повлиявшие и повлиявшие на характер проводимой терапии.

Не подтверждает патологоанатомическая практика и тезис о целесообразности снижения количества аутопсий в связи с научно-техническим прогрессом и связанным с этим широким внедрением ядерно-магнитно-резонансного, компьютерного, ультразвукового, генетического и др. методов исследования. Даже самые современные методы ис-

следования носят субъективный характер и могут трактоваться по-разному, они только приближают нас к познанию морфологического субстрата болезни. Нельзя не согласиться с тем, что окончательный диагноз был, есть и будет только морфологическим. [1, 5].

Иллюстрацией может служить целый ряд наблюдений в стационарах г. Гродно за истекший 2002 г. Больной К., 55 лет, направлен на ЯМР в связи с появлением неврологической симптоматики. Заключение: демиелинизирующее заболевание с дивертикулом бокового желудочка головного мозга. Отправившись с таким заключением к невропатологу, больной потерял сознание в коридоре поликлиники и умер в приемном покое стационара. Клинический и патологоанатомический диагнозы – геморрагический инсульт, т.е. невропатолог, имея клинические данные, разумно пренебрег данными магнитно-ядерного исследования. Больной Б., 75 лет, неоднократно проходил УЗИ внутренних органов, и постоянно в диагнозе отмечался нефроптоз. На вскрытии одна почка весит 180 г, вторая - 40 г. (врожденная аномалия). Мы имеем несколько диагностированных при УЗИ-исследованиях случаев мочекаменной болезни, которые, при отсутствии клинических проявлений, выносились в основное заболевание, однако на аутопсии признаков мочекаменной болезни и пиелонефрита не выявлено. Анализ случаев свидетельствовал о том, что за камни принимались атеросклеротические бляшки внутриорганных разветвлений почечной артерии. Накопились наблюдения ультразвуковой гипердиагностики циррозов печени при наличии в ней хронического венозного полнокровия, жирового гепатоза и т.д. Мы далеки от мысли обвинять в некачественности врачей, проводивших данные исследования, среди них есть опытейшие и уважаемые нами специалисты. Речь идет о необходимости учиться на своих ошибках, однако не помят патологоанатомы случая, чтобы на секции присутствовал врач ультразвуковой диагностики или хотя бы поинтересовался, что выявили у больного на вскрытии, а кому, как не им, целесообразно увидеть патологический процесс воочию. Понятно, что аналогичные проблемы иногда возникают при применении методов лучевой диагностики. А то, что этот анализ приведенных наблюдений может принести пользу, свидетельствует недавнее наблюдение, когда у больной К., 62 года, переоценены данные УЗИ- исследования годичной давности, при котором выявлена мочекаменная болезнь и гидронефроз. Отсутствие в течение года клинических проявлений мочекаменной болезни, динамики со стороны УЗИ-картины почек позволило снять диагноз мочекаменной болезни, а выявлявшуюся картину гидронефроза объяснить наличием сероз-

ных кист в почках, что и подтвердили данные аутопсии.

Даже несколько приведенных примеров свидетельствуют о целесообразности и важности проведения аутопсий, если из анализа каждого вскрытия извлекать максимум пользы, анализируя не только качество диагностики, но и качество оказания медицинской помощи на разных этапах, эффективность проводимой терапии [3].

Но в этом должна быть обоюдная заинтересованность. Для патологоанатомов отсутствие глубокой заинтересованности объясняется тем, что тщательный анализ случая не вписывается в количественные критерии выполнения объема работы, для него необходимо выполнить количественные показатели (количество аутопсий и изученных биопсийных стекол). Администрация медицинских учреждений понимает, что тщательный анализ летальных наблюдений повысит количество выявленных дефектов, что ухудшит показатели здравоохранения. К большому сожалению, не редкостью для патологоанатома после проведенной аутопсии стал единственный вопрос врача по телефону, совпали ли клинический и патологоанатомический диагнозы. Если диагнозы совпали – дальнейший анализ случая перестает интересовать. Если имеется расхождение диагнозов, иногда начинается не анализ случая, а претензии к патологоанатому в неправильной трактовке наблюдения или поиски оправданий, которые нередко продолжают на клинико-анатомических конференциях. Можно ли серьезно воспринимать на клинико-анатомической конференции доводы о невозможности постановки правильного диагноза больному, прошедшему 3 стационара города, с выявленным только на аутопсии диффузным раком желудка, желудочным кровотечением, анемией, метастазами рака в печень (масса ее превышала 4 кг)? Если с этим согласиться, то мы должны расписаться в собственном бессилии. К сожалению, иногда на клинико-анатомических конференциях берут вверх эмоции, вплоть до предложения главного врача присутствующим подчиненным проголосовать за мнение патологоанатома или администрации больницы. Правда, выносить по предложению патологоанатома случай на лечебно-контрольный совет управления здравоохранения он не считает необходимым. Глубокий анализ каждого случая с взаимным коллегиальным обсуждением ошибок на клинико-анатомической конференции великолепная школа клинического мастерства [7]. Однако практика клинико-анатомических разборов летальных наблюдений свидетельствует о том, очень широкое обсуждение диагностических и терапевтических ошибок, к примеру, на городской клинико-анатомической конференции, далеко не всегда приносит желаемый

эффект, вызывая в большей степени защитные действия и излишний накал страстей. Надо помнить о том, что постоянное давление, которое испытывает патологоанатом при формулировке патологоанатомического диагноза, при обсуждениях наблюдений на клинико-анатомических конференциях может выдержать далеко не каждый, и тогда свой опыт он направит на поиски возможностей совпадения диагнозов, не вдаваясь в анализ допущенных ошибок, не проявляя достаточной принципиальности. Анализ деятельности работы медицинских учреждений продолжается и на патологоанатомических отчетах, однако не случайно они назначаются после отчетов главных врачей, подводящих итог деятельности учреждения, а патологоанатомы, как никто знакомые с негативной стороной данной деятельности, на отчет не приглашаются. Необходимо, видимо, обсудить возможность проведения совместных тематических заседаний патологоанатомического научно-практического общества, с одной стороны, терапевтического, хирургического и т.д. обществ, с другой.

Еще одна неблагоприятная тенденция, наметившаяся в последний год. Создается впечатление, что спрос за введение МКБ-10 полностью лег на патологоанатомическую службу, прозектор не только должен выставить диагноз согласно данной классификации, но и зашифровать его. Почему бы заключительный клинический диагноз также при направлении на секцию не зашифровать? Просто в ряде случаев это будет невозможно – при «букете» основных заболеваний. Создается впечатление, что в ряде случаев клинические отчеты подаются без учета патологоанатомических диагнозов. Почему иногда врачи заведомо идут на расхождение диагнозов, заменяя выявленный и доказанный ими же острый трансмуральный инфаркт в заключительном клиническом диагнозе на хроническую ИБС, острый деструктивный панкреатит – на гепатозо-гепатит, подменяя впервые выявленный фиброзно-кавернозный туберкулез легких острой формой туберкулеза. Не потому ли, чтобы не испортить показатели по отдельным нозологическим формам, отчет по которым идет в вышестоящие инстанции? Но опять же можно понять и администрацию больницы, которую спрашивают за все случаи смерти в стационаре от острой пневмонии, входящей в модель конечных результатов. Почему стационар должен отвечать за смерть больного Б., 48 лет, от острой пневмонии, если он уже лечился от нее самостоятельно водкой, а в стационар поступил в тяжелом состоянии и в состоянии алкогольного опьянения. Больной Б. поступил в агональном состоянии и пробыл в стационаре 40 мин., из которых 30 мин. проводились реанимационные мероприятия. Даже при клиничес-

ком диагнозе с комбинированным заболеванием «инсульт и острый инфаркт миокарда» предъявлять претензии по поводу не диагностированной в приведенном наблюдении аспирационной сливной бронхопневмонии, выявленной на аутопсии, нельзя. Практика патологоанатомической службы убедительно свидетельствует о том, что как только начинают предъявлять претензии по летальности от тех или иных нозологических форм, они медленно исчезают. Можно ли поверить в то, что в области за год не умер ни один больной от гриппа? Скорее это можно объяснить тем, что если такой случай будет зафиксирован, накажут всех участников диагностического и лечебного процесса, вплоть до патологоанатома, в случае, когда он сразу после вскрытия не предупредит, что предполагался такой диагноз. Но без гистологического и вирусологического исследования данную патологию можно заподозрить далеко не в каждом случае.

Мы прекрасно понимаем и то, что долю ответственности за имеющиеся тенденции к снижению значения аутопсий должны взять на себя и патологоанатомы, как в плане недочетов в организации вскрытия, так иногда и в качестве его проведения. Но несомненно и то, что множество поставленных вопросов, составляющих лишь вершину имеющихся проблем, не могут быть решены в одностороннем порядке, разумный выход возможен только при совместном обсуждении проблем патологоанатомами, врачами и управлением здравоохранения области. Несомненным является лишь то, что снижение количества аутопсий может пагубно отразиться на уровне нашего здравоохранения и возможности повышения квалификации врачебных кадров. Именно поэтому можно только приветствовать открытие в созданном журнале рубрики «Мертвые учат живых», в которой будет возможность поделиться богатейшей информацией, накопленной патологоанатомической службой области, обсудить ее наиболее актуальные проблемы и пути их решения.

Литература

1. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. Клиническая патология. - Гродно, 1989. - 108 с.
2. Девид Г.О. Задачах и роли патологии среди других медицинских наук // Архив патологии. - 1984. - № 3. - С.3-10.
3. Крылов А.А. Перспективы и пути совершенствования патологоанатомической службы с позиций терапевта // Архив патологии. - 1986. - № 11. - С.12-14.
4. Саркисов Д.С. Перспективы развития патологической анатомии на современном этапе // Архив патологии. - 1977. - № 8. - С. 3-13.
5. Серов В.В. Методические возможности и задачи современной клинической морфологии // Архив патологии. 1977. - № 8. - С. 14-22.
6. Смольяников А.В. Актуальные вопросы совершенствования патологоанатомической службы // Архив патологии. 1986. - № 11. - С. 3-11.
7. Смольяников А.В., Хмельницкий О.К., Петленко В.П. Теоретические основы морфологического диагноза. - Изд-во СПбМА-ПО, 1995. - 237 с.