

Все эти перечисленные анастомозы были развиты не одинаково, и чем длительнее был срок наблюдения, тем сильнее были развиты глубокие анастомозы. В опыте со сроком наблюдения 1 год и 7 месяцев очень сильно был развит короткий путь, достигший до 5 мм в диаметре. На ранних сроках наблюдения этот путь еще не обнаруживается. Так же сильно развиваются связи поясничных вен с внутрипозвоночными венами и непарной веной.

Во второй серии опытов четырем собакам была резецирована нижняя полая вена от места бифуркации до надпочечных или почечных вен. При этом, естественно, были перевязаны вены, впадающие в нижнюю полую вену в данном участке, а именно: поясничные, правая внутренняя семенная, обе почечные и надпочечные.

В третьей серии опытов (4 собаки) на нижнюю полую вену были наложены одномоментно две лигатуры тотчас выше и ниже места впадения почечных вен. Все 8 животных второй и третьей серий погибли на вторые — третью сутки после операции. На вскрытии обнаружены такие же застойные изменения, как в опытах первой серии.

В четвертой серии опытов лигатуры на нижнюю полую вену были наложены выше надпочечных и ниже почечных вен. Из 7 подопытных погибли 3 на первые — шестые сутки после операции.

У погибших собак при жизни была олигурия, и в моче обнаруживалось большое количество белка (до 30 мг%) и эритроцитов. Остаточный азот крови на 3-й день повышался до 224 мг%.

Выжившие 4 собаки уже на 3—4 дни после операции внешне выглядели вполне здоровыми, хотя альбуминурия в виде следов держалась также довольно долго (2—5 месяцев). Остаточный азот крови на вторые сутки повышался до 100—150 мг% и на третью сутки снижался до нормы.

В 5-й серии опытов 2 собакам одномоментно были наложены лигатуры на нижнюю полую вену выше надпочечных вен и у места ее бифуркации. Обе собаки выжили. Операцию они, по сравнению с другими животными, перенесли легче. Остаточный азот крови повышался до 80 мг% и на 3-й день снижался до нормы. Коллатеральное кровообращение из почечных вен совершалось как через анастомозы надпочечных с диафрагмальными и межреберными венами, так и ретроградно — через анастомозы поясничных вен с внутрипозвоночными, непарной, полунепарной и внутренних семенных вен — с капсулярными межреберными и диафрагмальными.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бурменко Е. Г. и Краковский Н. И. В кн. Сб. научн. тр. по хир. и нейрохир., посвящ. 50-летн. деят. проф. В. Н. Шамова, 1958.—2. Марцинкевичус А. М. Экспер. хир., 1960, 3.—3. Ольшанецкий А. А. и Спаский В. М. Хирургия, 1958, 11.—4. Пушкирев Л. Н. Сб. научн. раб. Свердловского отд. Всес. общ. АГЭ, 1957, в. 1.—5. Судзиловский Ф. В. Арх. анат., гист. и эмбр., 1956, 3.—6. Султанов А. С. О коллатеральном кровообращении в системе полых вен. Автореф. дисс., Л., 1940.—7. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников, 1925.—8. Шрафисlamов Ф. Ш. Коллатеральное кровообращение при перевязке нижней полой вены. Канд. дисс., Казань, 1954.—9. Шипов А. К. Пути оттока крови при перевязке нижней полой вены. Пермь, 1945.—10. Vejaj et Cohn. Revue de Chir., 1911, Mars.—11. Houze L. Revue de Chir., 1903, 27.—12. Fitzsimons L. E., Garvey F. K. J. Urol. (USA), 1959, 3.—13. Patel M. et Peycelon R. Ref. z. org. für Chir., 1929, 47.

Поступила 17 декабря 1960 г.

## К ВОПРОСУ О ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ОШИБКАХ

Канд. мед. наук А. М. Хелимский

Зав. патологоанатомическим отделением Республиканской больницы Чувашской АССР  
(главврач — П. Л. Еремин) г. Чебоксары

Хотя патологоанатомическая диагностика стоит и выше клинической, тем не менее количество ошибочных диагнозов у недостаточно опытных патологоанатомов достигает 5—7% (И. В. Давыдовский).

М. К. Даль считает, что ошибки патологоанатомов и клиницистов могут быть вызваны как объективными, так и субъективными причинами. Из объективных можно отметить сложность и трудность морфологического определения некоторых процессов. К важнейшим субъективным причинам надо отнести: 1) недооценку или игнорирование клинических данных, 2) неправильное патогенетическое или патологоанатомическое истолкование морфологических изменений, 3) пренебрежение гистологическим методом контроля результатов вскрытий.

Окончательный патологоанатомический диагноз должен ставиться на основании клинической картины заболевания, макроскопических данных вскрытия трупа и результатов микроскопического исследования органов. Таким образом, патологоанатомическая диагностика может считаться завершенной лишь после микроскопического (гистологического, бактериологического и пр.) исследования.

В настоящем сообщении рассматриваются ошибки макроскопической диагностики, выявленные последующим гистологическим контролем. Логическая сущность ошибки здесь в том, что незавершенные патологоанатомические диагнозы были сочтены окончательными. Разумеется, гистологическое исследование само по себе не является гарантией правильного диагноза. Необходима еще и верная трактовка гистологических наблюдений с учетом клинических данных.

Приведем пример. Клинический диагноз — лимфогрануломатоз легких. Обнаруженная при аутопсии «порfirовая» селезенка послужила основанием для подтверждения диагноза. Но при консультации гистологических препаратов одним из специалистов по лимфогрануломатозу этот диагноз был отвергнут. При более детальном изучении препаратов был установлен легочной саркоидоз Бека.

Недооценка клинических данных во время вскрытия нередко приводит к дефектам, исправить которые невозможно.

Пример. В неврологическом отделении умер больной с диагнозом: «метастатическая опухоль мозжечка». Патологоанатом, обнаружив опухоль мозжечка, счел ее первичной и недостаточно тщательно исследовал остальные органы. Результат гистологического исследования — метастаз рака в мозжечок — был получен лишь значительно позднее вскрытия, вследствие чего источник опухоли остался неизвестен.

В ряде случаев, напротив, не находя убедительных анатомических (макроскопических) изменений, патологоанатом во время вскрытия соглашается с неверным клиническим диагнозом, и лишь гистологическое исследование исправляет этот внушенный патологоанатому диагноз.

Примеры. I. У больного 46 лет был установлен диагноз: «геморрагическая алейкия с исходом в панмиелофтиз». На вскрытии никаких изменений, кроме выраженного геморрагического синдрома, не обнаружено. Патологоанатом согласился с клиническим диагнозом. Однако при гистологическом исследовании обнаружена гиперплазия костного мозга. Анатомический диагноз: подострый алейкемический лейкоз.

II. У больного 26 лет клинический диагноз — геморрагическая алейкия. На вскрытии он был подтвержден. Но при гистологическом исследовании обнаружены очаги внекостномозгового кроветворения, позволившие установить диагноз острого алейкемического лейкоза.

III. Больной 35 лет умер во время операции, производившейся по поводу гематогенного остеомиелита грудных позвонков. Сопутствующее заболевание — фиброзный туберкулез легких. При вскрытии патологоанатом согласился с клиническим диагнозом. Гистологическое исследование выявило субмикроскопический верхушечный рак легких с обширными остеолитическими метастазами в позвонках.

IV. У больной 45 лет установлен диагноз: «первичный рак печени». Во время вскрытия патологоанатом подтвердил клинический диагноз. Среди других органов гистологическому исследованию была подвергнута и небольшая язвочка на слизистой оболочке желудка. В результате была установлена аденокарцинома желудка с метастазами в печень.

V. У больной 33 лет отмечались нарастающая анемия, выраженные изменения мочи. Клинический диагноз: «алейкемический лейкоз, септическое состояние». Патологоанатом подтвердил этот диагноз (почки внешне казались неизмененными). При гистологическом контроле обнаружен подострый продуктивный экстракапиллярный нефрит. Смерть от уремии.

Подчас продолжительное динамическое наблюдение в клинике дает основания для более правильного диагноза, чем первое впечатление патологоанатома.

Примеры. I. Лечащими врачами установлен диагноз ревматического энцефалита. Патологоанатом же определил опухоль мозга, наряду с ревматическим эндокардитом. При гистологическом исследовании «опухоль» оказалась старым свертком крови, результатом кровоизлияния в мозг на почве ревматизма.

II. У больной в течение двух лет диагностировали опухоль брюшной полости, патологоанатом же опухолевого узла не нашел. Был обнаружен гангрипозный пельвиеоперитонит. При микроскопическом же исследовании омертвевших стенок малого таза найден рак, исходящий из яичника. Опухоль почти полностью распалась.

III. Больному 20 лет установлен клинический диагноз: «Подострый продуктивный экстракапиллярный нефрит». На вскрытии патологоанатом, обнаружив «большие белые почки», не согласился с клиническим диагнозом и установил амилоидно-липидный нефроз. Однако гистологическое исследование подтвердило продуктивный экстракапиллярный нефрит.

Иногда анатомическая картина на вскрытии может в основном соответствовать неверному клиническому диагнозу. Это также порой вводит в заблуждение патологоанатома.

Примеры. I. При вскрытии трупа женщины 42 лет обнаружены сморщеные почки, что согласовывалось с клиническим диагнозом: «хронический нефрит». Дан-

ные же гистологического исследования — злокачественная фаза гипертонической болезни (первично-сморщеные почки с артериолонекрозом).

Подобные случаи нередки. Как известно, дифференциация хронического нефрита (гипертонического типа) от почечной формы гипертонической болезни встречает в клинике ряд затруднений. Долг патологоанатома — выяснить истину. По нашему мнению, установившийся в литературе взгляд на непреодолимые трудности дифференциации первично-сморщенной почки от вторично-сморщенной верен главным образом лишь для далеко зашедших случаев. В действительности же нередко такое разграничение при гистологическом исследовании, с учетом клинической картины, вполне возможно и достаточно убедительно.

II. У мальчика 9 лет установлен диагноз опухоли левого бокового желудочка мозга. При вскрытии опухоль найдена, но только в области червячка мозжечка. Дальнейшее гистологическое исследование установило, что «опухоль» являлась туберкуломой. К сожалению, во время вскрытия патологоанатом, не думая о туберкулезе и не учитывая возраста, не приложил усилий для поисков первичного туберкулезного очага.

Незнакомство патологоанатома с некоторыми формами заболеваний также, естественно, является источником ошибок.

Примеры. I. У больного 34 лет клинический диагноз: «Туберкулез легких. Правосторонняя нижнедолевая казеозная пневмония». Патологоанатомический диагноз: «Сливная геморрагическая пневмония средней доли правого легкого. Стеноз митрального отверстия». Если бы патологоанатом был знаком с характерным макроскопическим видом и локализацией ревматической пневмонии, он, безусловно, сразу установил бы этот верный диагноз.

II. У умершей от острого лейкоза при аутопсии обнаружены: опухолевидное утолщение илеоцекального отдела кишечника, белые узлы в печени, бурые бородавки на слизистой оболочке пищевода. Патологоанатомический диагноз: «Новообразование кишечника, метастазы в печень». Гистологическое исследование и изучение клинических данных (больная получила большое количество пенициллина, биомицина, стрептомицина) позволили установить кандидомикоз пищевода, опухолевидные стафилококковые некрозы кишечника и печени.

В ряде случаев вторичные изменения (нагноения, кровоизлияния и пр.) могут исказить морфологическую картину, что приводит к патологоанатомическим диагностическим ошибкам.

Примеры. I. У мальчика 12 лет патологоанатом обнаружил геморрагический менингит (клинический диагноз — туберкулезный менингит). Гистологические данные — анатомия оболочек мозга с кровоизлияниями.

II. Больная 35 лет умерла во время операции наложения желудочного свища по поводу злокачественного новообразования щитовидной железы с нарушением глотания. Диагноз после вскрытия: «Гнойный тиреоидит (гнойное расплавление тканей передней поверхности шеи, инфильтрация гортани)». Гистологический диагноз — распадающийся эндофитный плоскоклеточный рак гортани.

По данным Республиканской больницы Чувашской АССР, где производится гистологический контроль вскрытий, в ряде лечебных учреждений Чувашии выявленные ошибки патологоанатомической диагностики (имеются в виду расхождения между анатомическим и гистологическим диагнозами) по основному заболеванию достигают 6,1%. Количество уточнений и дополнений диагнозов по осложнениям и сопутствующим заболеваниям после гистологического контроля составляет около 15%.

В связи с этим обязательной в протоколах вскрытий должна быть графа: «окончательный диагноз после дополнительных исследований» (М. К. Даль). Такая же графа должна быть и в историях болезни в разделе «патологоанатомический диагноз».

Задачи подлинно научного совершенствования лечебной работы требуют, чтобы патологоанатомическая диагностика обязательно завершалась микроскопическим исследованием и последующим обсуждением результатов совместно с лечащими врачами.

## ЛИТЕРАТУРА

Давыдовский И. В. Арх. пат. анат. и пат. физиол., 1940, 3.—2. Даль М. К. Клинико-патологоанатомический анализ врачебной диагностики, Киев, 1949; Формулировка патологоанатомического и клинического диагнозов. Патологоанатомическая документация, Киев, 1958.

Поступила 8 декабря 1960 г.