

Коваленко В.Л.¹, Подобед О.В.¹, Маслов Р.С.¹,
Подивилова Е.Е.², Дуб А.А.¹

Подходы к проведению клинико-патолого-анатомического анализа летальных исходов при тромбоэмболии легочной артерии для исключения в патолого-анатомических заключениях неопределенных и спорных диагнозов

¹ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, ²ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск.

Kovalenko V.L., Podobed O.V., Maslov R.S., Podividova E.E., Dub A.A.

Approaches to clinical and pathological analysis of lethal outcomes in pulmonary embolism for exclusion in pathological conclusions of uncertain and controversial diagnoses

Резюме

Цель исследования: изучение частоты тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), ее причин, роли в танатогенезе и места в структурных рубриках патолого-анатомического диагноза. Материал и методы: проведен ретроспективный и проспективный клинико-патолого-анатомический анализ в 75 случаях смерти от ТЭЛА, в том числе в 4 наблюдениях материнской смерти, по материалам Челябинского областного патолого-анатомического бюро и патолого-анатомического отделения Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России за 2011-2016 годы. Результаты. В подавляющем большинстве наблюдений (71 – 94,6%) ТЭЛА как финальный этап венозного тромбоэмболизма у умерших взрослых является критическим состоянием и наиболее часто осложняет злокачественные новообразования III и IV клинических стадий (29 наблюдений - 40,8%), болезни системы кровообращения (12 - 18,3%), инфекционные заболевания (6 - 8,45%), выступающие в качестве первоначальных причин смерти. ТЭЛА, вызванная аборт, внематочной и молярной беременностью, также определяется МКБ-10 как осложнение этих состояний. В то же время акушерскую ТЭЛА следует рассматривать в качестве самостоятельного заболевания и первоначальной причины материнской смерти. Заключение. Главными задачами клинико-патологоанатомического анализа при смерти от ТЭЛА для исключения неопределенных и спорных диагнозов являются определение причинности данного страдания, его танатогенетической роли и места в структурных рубриках патолого-анатомического диагноза с использованием положений МКБ-10, теории диагноза и законов логики, в первую очередь закона тождества.

Ключевые слова: клинико-патолого-анатомический анализ, тромбоэмболия легочной артерии, летальный исход

Summary

The purpose of the study: To determine the frequency, causes and thanatogenetic role of pulmonary embolism and its place in postmortem diagnosis. Material and methods: A retrospective and prospective clinical and pathological analysis was carried in 75 deaths from pulmonary embolism, including 4 cases of maternal death, based on the materials of the Chelyabinsk Regional Department of Morbid Anatomy and the Department of Morbid Anatomy at the Clinic of South-Ural State Medical University between 2011-2016. Results. In the vast majority of cases (71 – 94.6%), pulmonary embolism is a critical condition and is often complicates malignant neoplasms at the III and IV clinical stages (29 cases - 40.8%), circulatory system diseases (12 - 18.3%), infectious diseases (6 - 8.45%). Pulmonary embolism caused by abortion, ectopic and molar pregnancy is also defined by ICD-10 as a complication of these conditions. At the same time, obstetric pulmonary embolism should be considered as an independent disease and the initial cause of maternal death. Conclusion. The main tasks of clinical and pathological analysis of lethal outcomes from pulmonary embolism are to exclude uncertain and controversial diagnoses are to determine

the causality of this suffering, its thanatogenetic role and place in in postmortem diagnosis using the provisions of ICD-10, the theory of diagnosis and the laws of logic.

Key words: clinical and pathological analysis, pulmonary embolism, lethal outcome

Введение

При комплексном методологическом и методическом подходе к анализу причины смерти и формулированию патолого-анатомического диагноза наряду с правилами Международной классификации болезней и основными положениями теории диагноза большое значение приобретает использование законов логики (выводного знания): тождества, противоречия, исключения третьего и достаточного основания [1, 2, 3, 4]. В первую очередь это касается закона тождества, характеризующего определенность врачебного мышления. Требования данного закона заключаются в том, чтобы понятие о предмете исследования было точно определено и сохраняло свою однозначность на всех этапах мыслительного процесса [5].

Болезни системы кровообращения в настоящее время приобрели особую медико-социальную значимость. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) как финальный этап венозного тромбоэмболизма является третьей по частоте причиной смерти, уступая только инфаркту миокарда и инсульту. От нее умирает 0,1% населения земного шара [6, 7]. Однако в современной литературе отсутствует ее однозначная оценка с нозологических позиций, а также единство в определении причинного основания ТЭЛА. При монокаузальном подходе к выявлению причин ее возникновения наибольшее значение придается раку любой локализации (25%) и иммобилизации вследствие различных причин (41%) [7]. Однако опыт отечественной и зарубежной науки и практики свидетельствует о необходимости учета совокупности всех факторов риска с использованием кондиционалистского подхода и выделением би- и мультикаузального генезов смерти при ТЭЛА. Кроме того, недостаточно отражены возраст-половые и танатогенетические аспекты данной патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), ее причин, роли в танатогенезе и места в структурных рубриках патолого-анатомического диагноза для создания единого подхода к формулированию последнего и исключения спорных и неопределенных диагнозов.

Материалы и методы

Проведен анализ 830 протоколов патолого-анатомических вскрытий умерших взрослых по материалам Челябинского областного патолого-анатомического бюро и патолого-анатомического отделения Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России за 2012-2016 годы. Ретроспективный и проспективный клинико-патолого-анатомический анализ (КПАА) осуществлен в 71 выявленном случае смерти от ТЭЛА в государственных и муниципальных медицинских организациях. Кроме того, ретроспективно проанализировано 41 наблюдение

материнской смерти в Челябинской области за 2011-2016 годы, в 4 из которых смерть была обусловлена ТЭЛА. Для суждения о причинном основании нами использованы четыре категории условий его развития: основное заболевание – необходимое основание, *conditio sine qua non* I, коморбидные болезни - *conditio sine qua non* II, осложнения основного и коморбидных заболеваний - *conditio sine qua non* III (дополнительные основания), ятрогенная патология различного характера - *conditio sine qua non* IV [8].

Установлено, что частота летальных исходов у взрослых, ассоциированных с ТЭЛА, равнялась 8,98%. В 45 (63,4%) наблюдениях ТЭЛА расценивалась как массивная (эмболия основного ствола и/или главных ветвей легочной артерии или более 50% ее мелких ветвей) или субмассивная (эмболия долевых и сегментарных ветвей легочной артерии или от 30 до 50% ее мелких ветвей) и кодировалась рубрикой I26.0 МКБ-10 «Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце». В остальных 26 (36,6%) случаях констатировалась эмболия мелких ветвей легочной артерии с поражением менее 30% артерий малого круга кровообращения и формированием у некоторых умерших геморрагических инфарктов легких, обычно осложнявшихся пневмонией. Для их кодировки использовалась рубрика I26.9 МКБ-10 «Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце». В 22 (30,9%) летальных исходах тромбоэмболия носила рецидивирующий характер.

Источником ТЭЛА у 63 (88,7%) умерших стал тромбоз глубоких вен голени, у 4 (5,6%) – тромбоз вен малого таза, у 2 (2,8%) - пристеночный тромбоз в правом предсердии или правом желудочке, еще в 2 (2,8%) наблюдениях источник тромбоэмболии не был выявлен при проведении патолого-анатомического вскрытия.

Во всех наблюдениях ТЭЛА оценивалась нами как критическое состояние и занимала место в структурной рубрике патолого-анатомического диагноза «Осложнения». При этом в качестве первоначальной причины смерти наиболее часто регистрировались злокачественные новообразования III и IV клинических стадий (32 наблюдений – 45,1%), болезни системы кровообращения (12 – 16,9%), инфекционные заболевания (6 - 8,5%) (Таблица 1).

В подавляющем большинстве наблюдений генез смерти был би- и мультикаузальным (в 87,8% случаев смерти лиц пожилого и старческого возраста, в 83,3% - лиц трудоспособного возраста). Общее количество нозологических единиц, выступавших в роли коморбидных заболеваний (фоновое, конкурирующее, сочетанное) или входивших в состав семейства/ассоциации болезней и игравших роль дополнительных условий для развития ТЭЛА, составило 126. Из них в группе умерших в трудоспособном возрасте зарегистрированы 38, в группе умерших в пенсионном возрасте – 88 (Таблица 2).

Таблица 1. Характер первоначальной причины смерти как необходимого условия развития ТЭЛА

Классы болезней по МКБ-10 и нозологические формы	Умершие в трудоспо-собном возрасте (n=30)		Умершие в пенсионном возрасте (n=41)		Всего наблюдений (n=71)	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Злокачественные новообразования	10	33,2	22	53,7	32	45,1
Болезни системы кровообращения	4	13,4	8	19,5	12	16,9
Инфекционные болезни	2	6,7	4	9,8	6	8,5
Хроническая обструктивная болезнь легких	2	6,7	3	7,3	5	7,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4	13,4	-	-	4	5,6
Хроническая алкогольная интоксикация	4	13,4	-	-	4	5,6
Болезни мочеполовой системы	1	3,3	1		2	2,8
Бытовая травма (открытый перелом костей голени, открытая рана голени)	1	3,3	1	2,4	2	2,8
Хроническая язва желудка с перфорацией стенки	1	3,3	-	-	1	1,4
Злокачественный нейролептический синдром	1	3,3	-	-	1	1,4
Поздний рецидив менингиомы мягкой мозговой оболочки	-	-	1	2,4	1	1,4
Постменопаузальный остеопороз с переломом тела позвонка	-	-	1	2,4	1	1,4
Всего	30	100	41	100	71	100

Таблица 2. Важнейшие дополнительные условия развития ТЭЛА

Классы болезней по МКБ-10, нозологические формы	I-а группа – трудоспособный возраст (n=30)*		I-б группа – пенсионный возраст (n=41)*		Всего наблюдений (n = 71)	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	% ко всем случаям
Болезни системы кровообращения	10	33,3	51	124,4	61	85,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4	13,4	16	39,0	20	28,2
Болезни органов дыхания	6	20,0	8	19,5	14	19,7
Хроническая алкогольная интоксикация	3	10,0	2	4,9	5	7,1
Параноидная шизофрения	4	13,4	1	2,4	5	7,1
Хронический пиелонефрит	-	-	5	12,2	5	7,1
Доброкачественные новообразования	1	3,3	2	4,9	3	4,2
Хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки	3	10,0	-	-	3	4,2
Системная красная волчанка с поражением внутренних органов	2	6,6	1	2,4	3	4,2
Наркомания опиоидная	3	10,0	-	-	3	4,2
Бронхиальная астма	-	-	2	4,9	2	2,8
Медикаментозная аутоиммунная гемолитическая анемия	2	6,6	-	-	2	2,8
Всего	38	126,6	88	214,6	126	177,5

* – различия между группами достоверны – p<0,05

Кроме того, диагностирован 61 патологический процесс (25 - в трудоспособном возрасте и 36 - у пенсионеров), явившийся осложнением основного и коморбидного (при его наличии) заболеваний и расцененный как дополнительное условие третьего порядка для развития венозного тромбоза. Таким образом, в 71 случае было выявлено 258 условий I - III категории для формирования ТЭЛА, то есть по 3,6 состояний на одного умершего (3,1 - в группе умерших в трудоспособном возрасте и 4,0 - в группе умерших в пенсионном возрасте).

Пространственно-временное сочетание множественных условий, особенно в старшей возрастной группе, вероятно, создавало значительные затруднения в ходе диагностического процесса, требующего учета всех комбинаций. Об этом свидетельствует тот факт, что ТЭЛА была диагностирована клинически в только в 48% случаев, а флеботромбоз - лишь в 14% всех летальных исходов.

Частота случаев материнской смерти, в которых была диагностирована ТЭЛА, оказалась достаточно высокой и составила 9,8%. Особое значение, на наш взгляд, имеет создание единого подхода к определению места ТЭЛА в структурных рубриках патолого-анатомического диагноза в данной группе наблюдений. Согласно МКБ-10, тромбоэмболия, вызванная абортom, внематочной беременностью и пузырным заносом, должна рассматриваться как осложнение и кодироваться рубрикой O08.2 XV класса «Беременность, роды и послеродовый период». Нами зарегистрировано единственное наблюдение трубного аборта, осложнившегося массивной ТЭЛА, которая оценена как ведущее смертельное осложнение (непосредственная причина смерти). ТЭЛА у рожениц и родильниц - акушерская тромбоэмболия явилась причиной смерти в 3-х наблюдениях. Мы придерживаемся точки зрения А.П. Милованова и соавт. (2014) [9], однозначно рассматривающих акушерскую ТЭЛА как самостоятельное заболевание и несомненную первоначальную причину материнской смерти. Это соответствует МКБ-10, в которой для кодирования данной патологии предусмотрена рубрика O88.2.

Заключение

Главными задачами клинко-патологоанатомического анализа при смерти от ТЭЛА являются определение ее причинности, танатогенетической роли и места в структурных рубриках патолого-анатомического диагноза с использованием положений МКБ-10, теории диагноза и законов логики. При решении вопросов о причинности ТЭЛА рационально применение кондиционалистского подхода, поскольку ее причинным основанием у умерших различных возрастных групп выступает сочетание различных нозологических форм, количество которых достоверно преобладает у лиц пенсионного возраста. В подавляющем большинстве наблюдений, в том числе и при смерти, вызванной абортom, внематочной беременностью и пузырным заносом, ТЭЛА выступает в роли критического состояния - ведущего смертельного осложнения (непосредственной причины смерти). Исключением из данного правила является акушерская тромбоэмболия, однозначно относимая на современном этапе к первоначальной причине смерти. Оценка ТЭЛА с нозологических позиций должна осуществляться с применением данного унифицированного подхода, что послужит соблюдению закона тождества и исключению неопределенных и спорных патолого-анатомических диагнозов. ■

Коваленко В.Л., д. м. н., член-корр. РАН, профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Подобед О.В., к. м. н., доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Маслов Р.С., ассистент кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Подивилова Е.Е., врач акушер-гинеколог Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Дуб А.А., д. м. н., профессор кафедры патологической анатомии и судебной медицины ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Автор, ответственный за переписку: Подобед Ольга Вячеславовна, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64. e-mail: podobed.olga2013@yandex.ru, com. тел. 89127769279.

Литература:

1. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики. Руководство. М.: РМАПО, 1994.
2. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. М.: Медицина, 1993.
3. Серов В.В. Общепатологические подходы к познанию болезни. М.: Медицина, 1999.
4. Adams V.I. Guidelines for Reports by Autopsy Pathologists. Humana Press, 2008.
5. Пальцев М.А., Коваленко В.Л., Аничков Н.М. Руководство по биопсийно-секционному курсу: учебное пособие. М.: Медицина; 2002.
6. Кружович А.А. Тромбоз легочной артерии: вопросы диагностики и прогноза. Тихоокеанский государственный медицинский университет. 2017; 4: 31-37.
7. Патологическая анатомия: национальное руководство. Под ред. Пальцева М.А., Кактурского Л.В., Зайратьянца О.В. М.: Издательство ГЭОТАР-Медиа; 2011.
8. Медведев Ю.А. Кондиционализм и формулировка причины смерти. Архив патологии. 2005; 2: 60-64.
9. Причины и резервы снижения материнской смертности на современном этапе. Под ред. Милованова А.П., Буштыревой И.О. М.: МВД; 2014.
10. Ермолаев В.Л., Столин А.В., Шурыгина Е.П., Хромцова О.М., Барац Е.С. Возможности традиционного комплексного подхода к диагностике и лечению тромбоэмболии легочной артерии. Уральский медицинский журнал. 2010. № 7 (72). С. 58-62.