

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, С.А. Балдандашиева

ДВУХЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА С ПРИ- МЕНЕНИЕМ АНТЕГРАДНОГО ЧРЕСКОЖ- НОГО БИЛИАРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ

DOI 10.25789/YMJ.2020.69.06

УДК 616.361-089-006

Проведён ретроспективный анализ результатов комплексного лечения больных с механической желтухой (МЖ) неопластического генеза. Выявлено, что использование антеградного чрескожного дренирования с целью билиарной декомпрессии при должном техническом уровне и адекватной предоперационной подготовке сопровождается относительно низкими процентом осложнений и уровнем летальности. Представленный нами клинический опыт применения двухэтапной хирургической лечебной тактики при МЖ неопластического генеза позволяет рекомендовать ее широкое использование в практике urgentных хирургических клиник.

Ключевые слова: механическая желтуха, антеградное чрескожное билиарное дренирование, двухэтапная лечебная тактика.

A retrospective analysis of the results of complex treatment of patients mechanical icterus (MI) of neoplastic genesis was done. It was revealed, that the use of antegrade percutaneous drainage for the purpose of biliary decompression with the proper technical level and adequate preoperative preparation is accompanied by a relatively low percentage of complications and mortality. The clinical experience we have presented of using two-stage surgical treatment tactics for MI of neoplastic genesis allows us to recommend its widespread use in the practice of urgent surgical clinics.

Keywords: mechanical icterus, antegrade percutaneous biliary drainage, two-stage therapeutic tactics.

Введение. Проблемы диагностики и лечения синдрома механической желтухи (МЖ) неопластического генеза остаются до настоящего времени трудно решаемыми задачами современной хирургии [3]. В литературе [6,7,9], а также данных официальной статистики [4] в течение последнего десятилетия отмечается постепенный рост числа заболеваний, в особенности злокачественных новообразований (ЗНО), при которых развивается МЖ, что не может не настораживать и призывает рассматривать некоторые вопросы оказания хирургической помощи данной категории больных.

Установлено, что наиболее частой причиной неопластической обструкции желчных протоков являются: рак печени и внутрипеченочных желчных протоков, рак желчного пузыря и внепеченочных протоков, рак желудка и поджелудочной железы [8]. В настоящее время в Российской Федерации (РФ) удельный вес заболеваемости раком указанных локализаций составляет 10,98%, в том числе желудка 5,91, печени, внутрипеченочных желчных про-

токов – 1,41, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков – 0,59, поджелудочной железы – 3,07% [4]. Для сравнения, а также актуализации проводимого исследования приводим расчетные показатели заболеваемости ЗНО панкреатодуоденальной зоны на 100 000 населения в РФ и Республике Саха (Якутия) (РС (Я)). В РФ при раке желудка этот показатель составляет – 13,5, в РС (Я) – 16,4, раке печени и внутрипеченочных протоков соответственно 3,3, и 15,3, раке желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков – 1,2 и 1,4, раке поджелудочной железы – 7,0 и 7,4 [4]. Вышеуказанные цифры вызывают неподдельную тревогу и создают необходимость поиска новых, а также совершенствования существующих на сегодняшний день принципов и методов хирургического лечения данной категории больных на всех этапах оказания медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

При низком проценте резектабельности опухолей панкреатодуоденальной зоны, который, по некоторым данным, составляет не более 20% [3,5], а также учитывая высокую послеоперационную летальность и большое количество осложнений хирургических операций на высоте желтухи при ЗНО, на протяжении уже многих лет во всем мире применяется так называемое этапное лечение [14]. Как утверждают [13,15], в этом случае билиарное дре-

нирование (БД) позволяет прервать каскад развивающихся патологических процессов и, прежде всего, развитие печеночной недостаточности, а окончательное восстановление пассажа желчи выполняется уже после ее купирования. Оправданием такой тактики служит еще и тот факт, что нередко у пациентов с ЗНО малоинвазивные хирургические вмешательства становятся окончательным вариантом лечения [9]. Однако имеются и противники применения двухэтапной лечебной тактики у пациентов с ЗНО, осложненными МЖ, которые утверждают, что благодаря широкому использованию современных и технологичных методов аппаратной визуализации, более совершенных методов радикального хирургического лечения и фармакотерапии, удастся в короткие сроки добиться хороших результатов лечения одновременно [3].

По этой причине целью нашего исследования явился анализ результатов двухэтапной хирургической тактики при механической желтухе неопластического генеза с применением антеградного чрескожного билиарного дренирования.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов комплексного лечения 52 больных с механической желтухой неопластического генеза, находившихся на лечении в экстренных хирургических отделениях Республикан-

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич - д.м.н., проф., vvsaveliev@mail.ru, ВИНУКОВ Михаил Михайлович - д.м.н., проф., зав. кафедрой, БАЛДАНДАШИЕВА Сахааия Афанасьевна – клинич. ординатор каф. хирургич. болезней и стоматологии.

ской больницы №2-Центр экстренной медицинской помощи (РБ№2-ЦЭМП) Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2019 г. Средний возраст пациентов составил $67,6 \pm 6,5$ года, при этом мужчин было 17 (32,7%), женщин 35 (67,3%). Диагноз ЗНО, осложненное МЖ, верифицирован на основании комплексного обследования. Структура нозологических форм заболеваний, которые обусловили развитие МЖ, была следующей: рак печени и внутрипеченочных желчных протоков – 4 (7,8%), рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков – 2 (3,8), рак большого дуоденального сосочка (БДС) – 1 (1,9), рак поджелудочной железы – 43 (82,7), рак желудка – 2 (3,8%). При этом II стадия заболевания выявлена у 2 (3,8%) больных, III – у 23 (44,3) и IV стадия – у 27 (51,9%) больных. Основными лабораторными критериями развития МЖ мы считали: повышение уровня общего билирубина более $21,5$ мкмоль/л, прямого – более 5 мкмоль/л. Инструментальными – расширение внепеченочных желчных протоков > 8 мм и внутрипеченочных желчных протоков > 4 мм. Для определения степени тяжести МЖ и риска предстоящего оперативного вмешательства использовали классификацию Э.И. Гальперина и соавт. [2]. Ультразвуковое исследование выполняли на эхографе HDI 5000 («Philips») и Elegra («Siemens») в режиме серой шкалы, тканевой гармоник, цветового и энергетического доплеровского картирования по стандартной методике. Исследование при поступлении больного в клинику проводилось без предварительной подготовки. Эндоскопическое исследование выполняли с помощью гастрофиброскопа GIF Type 2 T 160 фирмы («Olympus», Япония). Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) проводилась по стандартной методике с помощью дуоденоскопа TJF type 160 R («Olympus») с видеосистемой EVIS EXERA и набором эндовидеотерапевтических инструментов. Рентгенохирургические вмешательства осуществлялись на универсальной рентгеновской установке POLYSTAR T.O.P. («Siemens»). Компьютерная томография выполнялась на 64-срезовом компьютерном томографе Somatom Definition AS («Siemens Medical Solutions») по программе AbdomenMultiPhase с толщиной слоя 5 мм в два этапа, до и после болюсного контрастного усиления («Ультравист» 370 мг/иода на 100 мл со скоростью введения 3,0 мл/с). В некоторых случаях, как правило, с це-

лью дифференциальной диагностики лучевые исследования дополнялись магнитно-резонансной томографией (МРТ).

С целью декомпрессии билиарной системы на первом этапе выполнены следующие виды хирургических вмешательств: чрескожная холецистостомия (ЧХС) – 3 (5,8%), чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) – 49 (94,2%). ЧХС и ЧЧХС выполняли под контролем ультразвукового исследования с последующей контрольной холангиографией. Для окончательного восстановления пассажа желчи на втором этапе (если это было возможным или целесообразным) были выполнены следующие оперативные вмешательства: гепатикоеюностомия – 1 (1,9%), холецистоэнтеростомия – 3 (5,8), наружное дренирование желчных протоков – 2 (3,8), пилорoduоденальная резекция (ПДР) – 7 (13,5%).

Результаты и обсуждение. При обсуждении результатов лечения необходимо отметить, что при выборе способа устранения МЖ при ЗНО не всегда учитывались критерии резектабельности, что в значительной степени было обусловлено ургентным профилем рассматриваемой клиники. При этом паллиативные вмешательства в объеме ЧХС и ЧЧХС выполнены всем 52 (100%) больным с МЖ, обусловленной ЗНО. Среди них у 39 (75,0%) выбранный способ декомпрессии билиарной системы оказался окончательным вариантом лечения, а 13 (25,0%) пациентам в дальнейшем были проведены повторные (второй этап) хирургические вмешательства в объеме гепатикоеюностомии, холецистоэнтеростомии, пилорoduоденальной резекции и наружного дренирования внепеченочных желчных протоков.

Осложнения после выполнения ЧХС и ЧЧХС выявлены у 9 (17,3%) больных, непосредственно связанные с техническими моментами выполнения операции (интраоперационные) – у 6 (11,5%). В трех случаях (5,8%) в послеоперационном периоде зафиксировано желчеистечение, в двух (3,8%) – диагностировано кровотечение из паренхимы печени в месте прохождения транспеченочного дренажа и в одном (1,9%) – произошло повреждение сосудов круглой связки печени, также сопровождавшееся внутрибрюшным кровотечением. Во всех случаях потребовалось выполнение лапаротомии с проведением гемостаза и/или санации брюшной полости. От данных видов осложнений умерло двое пациентов. У трех больных – (5,8%)

отмечены осложнения, не связанные с оперативным вмешательством, возникшие на фоне нарушений в системе гемостаза, обусловленные основным заболеванием – острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением. Всем больным проведен эндоскопический гемостаз, в последующем рецидивов кровотечения не отмечено.

По мнению ряда авторов [1,9,10,13], с утверждениями которых трудно не согласиться, основным фактором снижения количества осложнений и летальных исходов при выполнении ЧХС и ЧЧХС являются технические аспекты выполнения и используемые для этого материалы. Наиболее приемлемой и безопасной мы считали «двухшаговую» методику [10]. При установке дренажей использовали набор фирмы «Cook» (USA), состоящий из дренажа (материал Ultrathane®) с гидрофильным покрытием «AQ®» и концом типа «pigtail» (диаметр от 8,5 Fr), с замком «MAK-LOC» и лигатурой для фиксации «Intro-Tip™», а также троакарной иглы 18G, проводника из нержавеющей стали, кожного фиксатора катетера «StatLock» с набором фирмы «Rusch» (Germany). Профилактика возможных осложнений при выполнении ЧХС и ЧЧХС также была всегда неразрывно связана с коррекцией эндотоксикоза, печеночной недостаточности и нарушений гемостаза. Допустимыми биохимическими значениями крови для выполнения транскутанных вмешательств мы считали: МНО не более 2 ед., АЧТВ не более 50 с, фибриноген не более 5 г/л, остальные пациенты нуждаются в интенсивной предоперационной подготовке в течение 5-7 сут с целью коррекции нарушений гомеостаза. Всем больным с исходной гипербилирубинемией в первые 24 ч от момента поступления проводили гравитационный лечебный плазмоферез, а затем выполняли ЧХС или ЧЧХС. В некоторых случаях требовалось 3-4 сеанса плазмофереза с интервалами 48-72 ч. Плазмоферез также проводился тем больным, которым в дальнейшем планировалась радикальная операция. Данный подход позволял нормализовать показатель гемостаза в 2-3 раза быстрее, чем при проведении традиционной терапии.

Радикальные хирургические вмешательства выполнялись нами в два этапа и только с предварительной разгрузкой билиарной системы (ЧХС или ЧЧХС), что также указывает на присутствие дифференцированного подхода к этапности при ЗНО, осложненных

МЖ. Однако отношение к проблеме выбора лечебной тактики в таких случаях в мировой литературе остается противоречивым, так, В.П. Харченко [8] сообщает о двухэтапной тактике у всех пациентов с МЖ неопластического генеза, считая БД необходимым компонентом комплексного лечения, в то время как исследование А. Niels [14], напротив, доказывает нецелесообразность проведения предоперационной желчной декомпрессии на первом этапе.

По результатам наших исследований, радикальное хирургическое лечение стало возможным менее чем у 15% больных, поступивших в urgentную клинику, имеющих ЗНО гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненные МЖ (таблица).

зованием антеградного чрескожного билиарного дренирования является достаточно эффективной и часто применяемой в urgentной практике. 2. Использование современных материалов и отработанных методик с целью декомпрессии билиарной системы сопровождается относительно низким уровнем интра- и послеоперационных осложнений. 3. Непрерывный анализ клинического опыта хирургического лечения больных с МЖ неопластического генеза позволяет проводить необходимую коррекцию тактики с целью улучшения результатов лечения. 4. С учетом высоких показателей заболеваемости ЗНО органов панкреатобилиарной зоны в РС (Я), а также данных о значительном проценте больных с III и IV стадией заболевания, прошед-

in mechanical icterus (analytical review of the literature) / S.M. Eliseev, N.G. Kornilov, S.P. Chikoteev, R.R. Gumerov // Bulletin of the East Siberian Scientific Center SB RAMS. – 2010. – № 5 (75). – P.233-239.

4. Каприна А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприна, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: Изд-во МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. – 250 с.

Kaprina A.D. Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality) / A.D. Kaprina, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. – M.: Publishing House of Moscow P.A. Herzen – a branch of the Federal State Budgetary Institution Scientific Research Center for Radiology of the Russian Ministry of Health, 2019. – 250 p.

5. Комплексная диагностика опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны / Б.И. Долгушин, В.Ю. Косырев, Г.Т. Синокова [и др.] // Практич. онкология. – 2004. – №2. – С. 77-84. Comprehensive diagnosis of tumors of the biliopancreatoduodenal zone / B.I. Dolgushin, V.Yu. Kosyrev, G.T. Sinyukova [et al.] // Practical Oncology. – 2004. – №2. – P. 77-84.

6. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периаппендикулярными опухолями / Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, А.А. Адылходжаев [и др.] // Анналы хирургич. гепатологии. – 2015. – №3. – С. 68-74. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015368-74>.

Treatment of complications of transhepatic endobiliary interventions in mechanical icterus due to periampullar tumors / Sh.I. Karimov, M.Sh. Khakimov, A.A. Adylkhodjaev [et al.] // Annals of surgical hepatology. – 2015. – №3. – P. 68-74. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015368-74>.

7. Роль и место малоинвазивных дренирующих вмешательств в лечении заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны у больных пожилого и старческого возраста / М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, К.В. Семенов [и др.] // Анналы хирургич. гепатологии. – 2015. – №3. – С. 37-46. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015337-46>.

The role and place of minimally invasive drainage interventions in the treatment of diseases of the hepatopancreatoduodenal zone in elderly and senile patients / M.Yu. Kabanov, D.M. Yakovleva, K.V. Sementsov [et al.] // Annals of surgical hepatology. – 2015. – №3. – P. 37-46. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015337-46>.

8. Харченко В.П. Панкреатобилиарный рак: диагностика и лечение / В.П. Харченко, Т.А. Лютфалиев, В.Д. Чхиквадзе, М.А. Кунда // Вестник РУДН. – 2005. – №1(29). – 6-9.

Kharchenko V.P. Pancreatobiliary cancer: diagnosis and treatment / V.P. Kharchenko, T.A. Lutfaliev, V.D. Chkhikvadze, M.A. Kunda // Bulletin of the Peoples Friendship University of Russia. – 2005. – №1 (29). – 6-9.

9. Хирургическая тактика при механической желтухе неопластического генеза / С.М. Елисеев, Р.Р. Гумеров, С.П. Чикотеев [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – №1. – С. 64-68.

Surgical tactics for mechanical icterus of neoplastic genesis / S.M. Eliseev, R.R. Gumerov, S.P. Chikoteev [et al.] // Siberian Medical Journal (Irkutsk). – 2014. – №1. – P. 64-68.

10. Чрескожная чреспеченочная пункционная холангиостомия: систематизация представлений / Б.И. Долгушин, А.М. Нечипай, А.В. Кукушкин [и др.] // Диагностич. и интервенцион. радиология. – 2012. – №3. – С. 31-60.

Percutaneous transhepatic puncture chol-

Структура паллиативных и радикальных хирургических вмешательств, абс. число (%)

Локализация злокачественного новообразования	Паллиативные	Радикальные	Всего
Рак печени и внутрипеченочных желчных протоков	4 (7,8)	–	4 (7,8)
Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков	2 (3,8)	–	2 (3,8)
Рак БД	1 (1,9)	–	1 (1,9)
Рак поджелудочной железы	36 (69,2)	7 (13,5)	43 (82,7)
Рак желудка	2 (3,8)	–	2 (3,8)

В ходе исследования нами отмечено, что преобладание паллиативных операций над радикальными вмешательствами было при всех локализациях ЗНО и составило 86,5%. Так, при опухолях поджелудочной железы, доля которых составила 82,7%, возможность радикального лечения составила всего лишь 13,5%. При аналогичной локализации С.С. Ciambella и соавт. [11] и U. Klaiber [12] сообщают о возможности ПДР в 20-57%. Столь значительные отличия, по нашему мнению, являются следствием позднего обращения и поступления больных в хирургическую клинику, прогрессированием заболевания, наличием отдаленных органных метастазов, а также гнойно-септических осложнений ЗНО. После выполнения радикальных хирургических вмешательств в послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (28,6%) наблюдаемых пациентов. В обоих случаях отмечена несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, что потребовало проведения повторных хирургических вмешательств, при этом один пациент впоследствии умер от вялотекущего перитонита.

Выводы. 1. При МЖ неопластического генеза двухэтапная хирургическая лечебная тактика с исполь-

ших лечение в клинике, необходимо проведение целенаправленных научных исследований, которые позволят определить основные направления мероприятий по ранней диагностике и своевременному началу лечения, в том числе хирургического, данной категории больных.

Литература

1. Ветшев П.С. Миниинвазивные чрескожные технологии: история, традиции, негативные тенденции и перспективы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Бруслик // Анналы хирургич. гепатологии. – 2014. – №1. – С. 12-16. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20171100-111>.

Vetshev P.S. Minimally invasive transdermal technologies: history, traditions, negative trends and prospects / P.S. Vetshev, G.Kh. Musaev, S.V. Bruslik // Annals of surgical hepatology. – 2014. – № 1. – P. 12-16. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20171100-111>.

2. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: Изд-во ВИДАР, 2009. – 568 с.

Halperin E.I. Guidelines for biliary tract surgery / E.I. Halperin, P.S. Vetshev. – M.: VIDAR Publishing House, 2009. – 568 p.

3. Елисеев С.М. Обоснование хирургической тактики при механической желтухе (аналитический обзор литературы) / С.М. Елисеев, Н.Г. Корнилов, С.П. Чикотеев, Р.Р. Гумеров // Бюл. Вост.-Сиб. науч. центра СО РАМН. – 2010. – № 5 (75). – С.233-239.

Eliseev S.M. The rationale for surgical tactics

angiostomy: systematization of ideas / B.I. Dolgushin, A.M. Nechipay, A.V. Kukushkin [et al.] // Diagnostic and interventional radiology. – 2012. – №3. – P. 31-60.

11. Ciambella C.C. Current role of palliative interventions in advanced pancreatic cancer / C.C. Ciambella, R.E. Beard, T.J. Mainer // World J. Gastrointest. Surg. – 2018. – №10 (7). – P. 75-83. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v10.i7.75>.

12. Klaiber U. Pylorus preservation pan-

createctomy or not / U. Klaiber, P. Probst, M.V. Büchler, T. Hackert // Transl. Gastroenterol. Hepatol. – 2017. – №2. – P. 100. <https://doi.org/10.21037/tgh.2017.11.15>.

13. Moole H. Efficacy of preoperative biliary drainage in malignant obstructive jaundice: a meta-analysis and systematic review / H. Moole, M. Bechtold, S.R. Puli // World J. Surg. Oncol. – 2016. – №14. – P.182. <https://doi.org/10.1186/s12957-016-0933-2>.

14. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas / A. Niels, M.D. van der Gaag, A.J. Erik [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2010. – Vol. 362. – P. 129-137. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0903230>.

15. Wadei H.M. Hepatorenal syndrome: pathophysiology and management / H.M. Wadei, M.L. Mai, N. Absan, T.A. Gonva // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2006. – №1. – P. 1066-1079. <https://doi.org/10.2215/CJN.01340406>.

DOI 10.25789/YMJ.2020.69.07

УДК: 616.12-008.1

Т.И. Мустафин, С.В. Щекин, В.С. Щекин

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА

В настоящее время выделяют пять типов инфаркта миокарда в зависимости от механизма развития заболевания, что согласуется с IV универсальным определением инфаркта миокарда (ИМ). В данной статье проведен клинко-анатомический анализ 90 случаев различных типов ИМ. Оценивались особенности диагностики и частота развития ИМ с клинической и патологоанатомической точки зрения.

Ключевые слова: типы инфаркта миокарда, клинко-патологоанатомический анализ.

At present, there are five types of myocardial infarction, depending on the mechanism of disease development, which is consistent with the IV universal definition of myocardial infarction (MI). This article provides a clinical anatomical analysis of 90 cases of various types of MI. Diagnostic features and the incidence of myocardial infarction were evaluated from a clinical and pathological point of view.

Keywords: types of myocardial infarction, clinical and pathological analysis.

Введение. В практике врача значимое место занимают болезни системы кровообращения [2,3,6], причем нередко первоначальной причиной смерти выступает инфаркт миокарда (ИМ) [5,6,8,9]. В Российской Федерации и федеральных округах наиболее часто не диагностируется инфаркт миокарда [4]. При этом в ведущих клиниках мира смертность при этом заболевании составляет 5-7% [7]. В составе ишемической болезни сердца ИМ во многом обуславливается стенозирующим склерозом коронарных артерий [1,2,5,6,9]. Как правило, причиной развития инфаркта миокарда служит осложненная нестабильная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии сердца [1,2,9]. Понятие «осложненная нестабильная атеросклеротическая бляшка», являясь сборным, включает: кровоизлияние в бляшку, эрозию и разрывы, расслоение покрышки, тромбоз и тромбозомболию дистальных отделов пораженных артерий [2]. По «Четвертому универсальному определению острого инфаркта миокарда» [9], выделяют 5 типов заболевания. При этом авторы значительное внимание уделяют

патологоанатомической диагностике острой коронарной (внезапной) смерти, ИМ 2-го и 3-го типов.

Материалы и методы исследования. В основу работы положено 90 наблюдений инфаркта миокарда с учетом типов заболевания в соответствии с IV Универсальным определением ИМ [9]. Исследования осуществлялись на базе ЦПАО ГБУЗ РБ ГKB №21 с 2017 по 2018 г. Одновременно изучался анамнез, данные ЭКГ, Эхо-КГ в динамике, общего анализа крови и мочи, показатели ряда ферментов (КФК-MB, ЛДГ, АЛТ, АСТ, Щф), коагулограммы, биохимии крови. Важное место в диагностике ИМ занимает определение кардиоспецифического биомаркера тропонина, особенно фракций I и T. При ИМ полное патологоанатомическое вскрытие осуществлялось с применением традиционных методов и нашей модификации. Суть предложенного нами метода аутопсии состоит в максимальном сохранении каркасных свойств грудной клетки при резекции передней части органа (Патент на изобретение «Способ патологоанатомического вскрытия» рег. №2019142557 от 20.12.2019). При вскрытии сердца проводилось тщательное изучение сосудов и раздельное взвешивание отделов органа. В ходе исследования сердца снимались макро-, микроморфометрические показатели по определенному плану. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином-эози-

ном, по Маллори, Ван-Гизону, Массону. Для выполнения необходимой статистической обработки материала создавалась база данных в виде статических таблиц-файлов с использованием возможностей программы Statistica 6.0 ("Stat Soft Inc.", США).

Результаты и обсуждение. Умершие от инфаркта миокарда были в возрасте от 42 до 88 лет, причем мужчины и женщины распределились поровну по (45 чел.). Первоначально распределение на типы выполнено по результатам прижизненных исследований. При этом 1-й тип ИМ выявлен в 28 случаях, 2-й – в 14, 3-й – в 33, 4-й а – в 4, 4-й б – в 4, 4-й с – в 6, 5-й тип – в 1. Типы ИМ по патологоанатомическим критериям распределились следующим образом: 1-й – 22, 2-й – 37, 3-й – 0, 4-й а – 2, 4-й б – 6, 4-й с – 21 и 5-й тип – 1 случай. Наибольшее количество обследуемых находилось в возрасте 75 лет и старше. Острый инфаркт миокарда при всех его типах часто (85,6%) встречался в пожилом возрасте. Следует заметить, что ИМ до 59 лет был зарегистрирован лишь у 13 (14,4%) чел. У женщин 2-й тип ИМ выявлялся 10 раз. Примечательно, что при 3-м типе ИМ (33) мужчины и женщины распределились соответственно 17 и 16 случаев. Инфаркт миокарда 4-го типа определен у 14 чел., причем на «а», «б» и «с» варианты пришлось соответственно 4, 4 и 6 случаев. Лишь ИМ 5-го типа имело место у одного умершего. Набор

МУСТАФИН Тагир Исламнурович – д.м.н., проф., зав. кафедрой Башкирского ГМУ, kaf-ra@bashgmu.ru; **ЩЕКИН Сергей Витальевич** – к.м.н., зав. патологоанатомич. отд. городской клинич. б-цы № 21 г. Уфы; **ЩЕКИН Влас Сергеевич** – аспирант БГМУ, vlas-s@mail.ru.