

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧНО НАБЛЮДЕНИЕ № 1

СЪДОВА ПАТОЛОГИЯ И „ОСТЪР КОРЕМ”

От анамнезата: Мъж на 65 г., пушач от дълги години, с анамнеза за язва на стомаха от 25 г. възраст, с повишено кръвно налягане от 10 г., нелекувано системно и диабет от 4 г., постъпва в Хирургично отделение заради силни болки в областта на корема от около 24 часа.

Обективно: Принудително положение в леглото със свити колене прибрани към корема; бледи кожа и лигавици, език с лек белезникав налеп, ускорена сърдечна дейност – 90 уд/мин., RR- 100/65 mm Hg. Палпаторно – мускулен „дефанс“ (защита), с болка по целия корем, най-силна в епигастриума. Долни крайници – отоци по подбедриците, следи от трофични язви около левия външен малеол.

Параклиника : СУЕ – 35 mm/h, Hg – 140 g/l, еритроцити – $4 \times 10^{12}/l$, левкоцити – $14 \times 10^9/l$, тромбоцити – $150 \times 10^9/l$, глюкоза – 5,8 mmol/l, холестерол – 7 mmol/l, протеинограма , йонограма – в норма; урина : седимент – 3 еритроцита и 15 левкоцита на поле, белтък – опалесценция, глюкоза – следи.

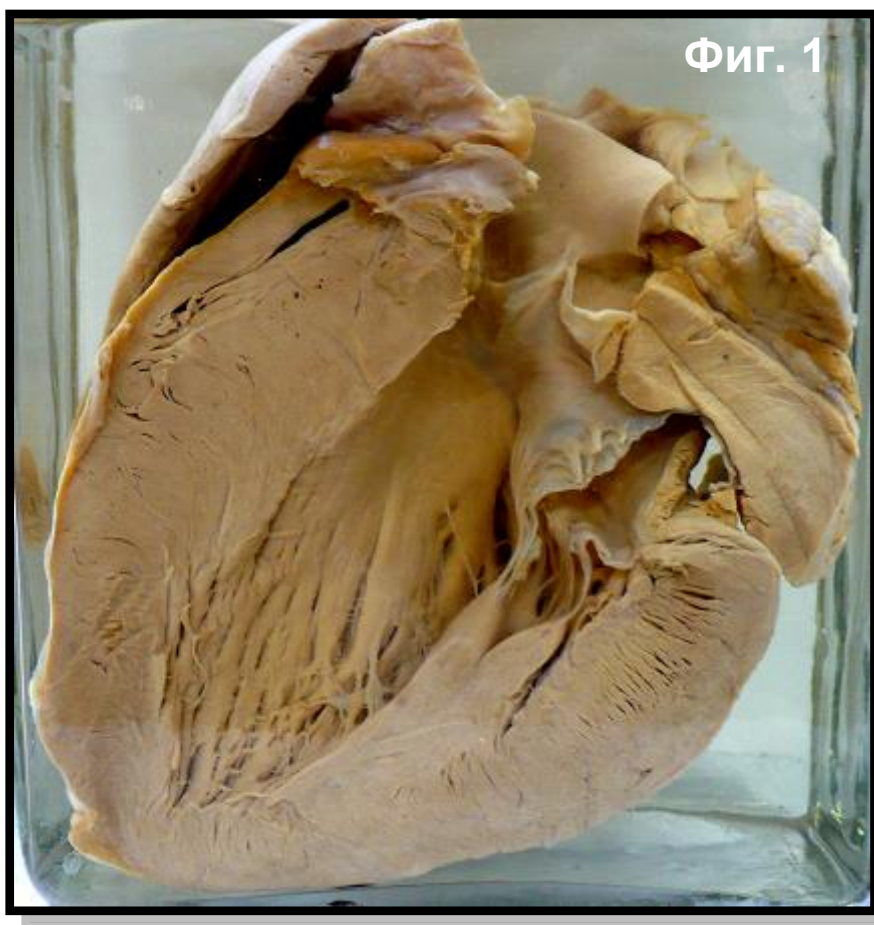
При отчетената картина на „остър корем”, с **работна диагноза** перфорация на стомашна язва и дифузен перитонит се пристъпва към подготовка за оперативна интервенция. В хода на реанимационните предоперативни подготовка, обаче, настъпва остра сърдечно-съдова недостатъчност, която завършва с exitus letalis.

Клинична диагноза: Дифузен гноен перитонит
Перфорация на хронична язва на стомаха
Двустранен пиелонефрит
Хронична исхемична болест на сърцето
Артериална хипертония
Остра сърдечно- съдова и дихателна недостатъчност.

Какви отклонения от патогенетичния принцип са допуснати при изграждането на клиничната диагноза ?

АУТОПСИОННА НАХОДКА

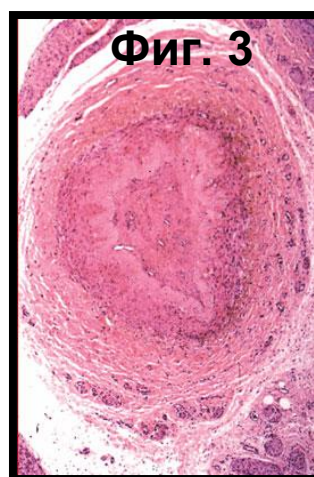
Сърцето е цялостно уголемено, с тегло 550 g и дебелина на миокарда под пръстена на митрална клапа 27 mm. Лявата камера е с удължен износящ тракт (разстоянието от върха на кухината ѝ до основата на аортните клапни платна), без промяна в клапния апарат (**фиг. 1**) . Дясната камера е разширена, с дебелина на стената ѝ 8 mm под трикуспидалната клапа. Кухините на предсърдията са значително разширени.



Стената на **аортата** е осеяна с множество надигнати жълто-белезникави лезии, повечето - с каменна плътност, но някои са разязвени (**фиг. 2**). Някои от плаките ангажират началото на изходящите артерии, включително и **горната мезентериална артерия** (**фиг. 3**), в която се намира силно стеснение на лумена – над 50 %. Стеснението е на протежение на 2 cm. Дистално стенозираният участък завършва с белезникаво, трошливо, неравна маса, която почти напълно запушва артерията.



Фиг. 2



Фиг. 3

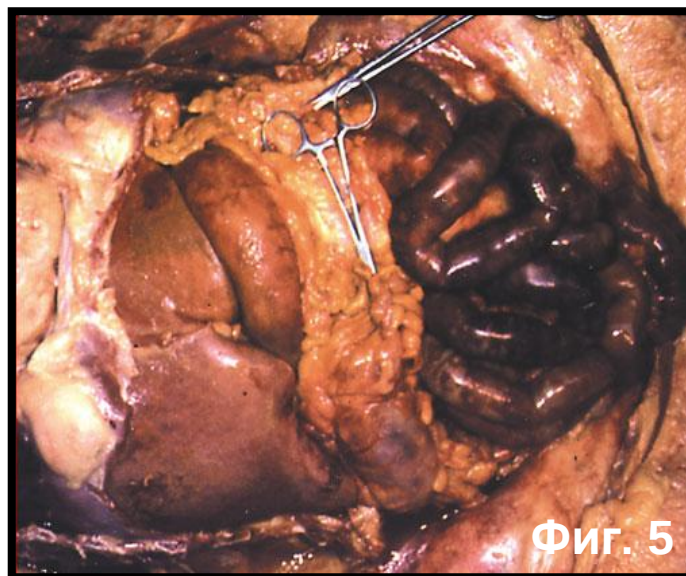
В **стомаха**, в областта на малката кривина се намира паницообразен дефект с диаметър 3 см, плътно дъно, ръбовете на който надвисват от страна на кардията, а са стъпаловидни към пилора. Лигавичните гънки са загрубени и са регрупирани радиерно към дефекта. Дъното му е кафеникаво, без следи от кръвоизлив. Не се намира перфорация (**фиг. 4**).



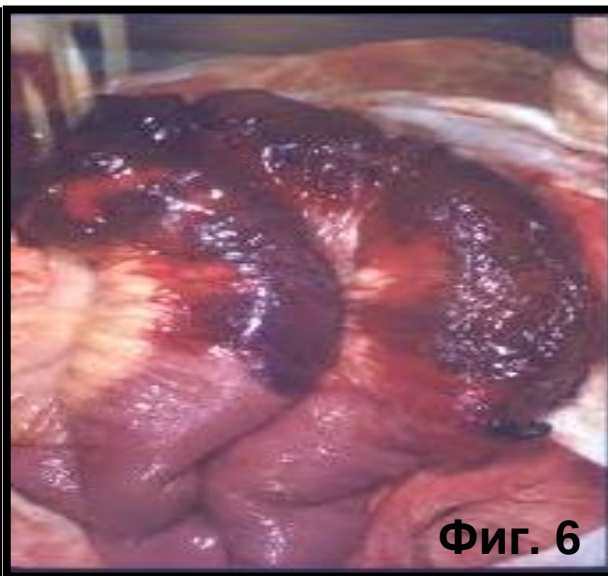
Фиг. 4

Тънки черва. Дистално част от стената на йеюна и илеума, чак до Баухиниевата клапа, е къслива, тъмно-червена до черна, с полутечно кръвено съдържимо и с много тежка миризма на разпадаща се тъкан. Чревните стени са задебелени, имбибирани с кръв. Серозата е помътнена, покрита с белезникав налет (**фиг. 5 и 6**). Микроскопски се намира стаза в капилярите, дифузни кръвоизливи и инфилтрация с неутрофили и макрофаги (**фиг. 7**). По повърхността на видимо незасегната част от тънките черва, като и по тази на дебелите, се намират фини белезникави наледи.

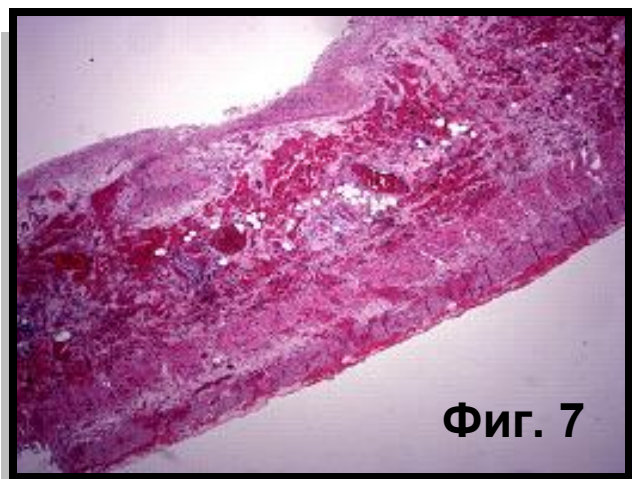
Диагноза ? На какво се дължи рискът при клиновидната резекция, с термино-терминална анастомоза на тънките черва?



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8

Черният дроб е леко увеличен, уплътнен, с пъстра срезна повърхност: червени центрове и жълти пръстенчета около тях подчертават делчестия му рисунък. *Диагностицирайте описаното изменение и потърсете мястото му в патогенетичната верига !*

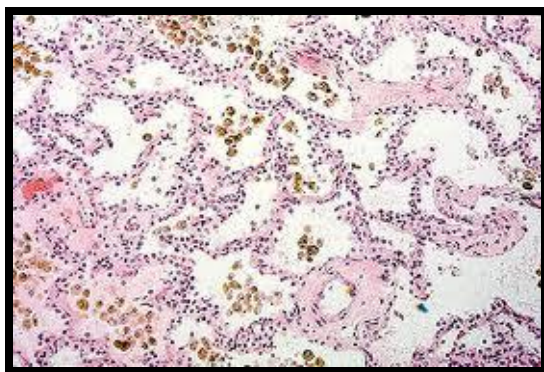
До подобни изменения **в червата** може да се стигне и ако черният дроб макроскопски изглежда както на **фиг. 9**: (*Описание !*)



Диагностицирайте деформирания орган и обяснете по какъв алтернативен механизъм тази патология на черния дроб може да доведе до същите некробиотични изменения в червата !

Посочете терминологичните различия за съдовите инциденти в двата случая!

Белите дробове са тъмно-виолетови, тежки, от срезната повърхност се отделя обилно количество кръвениста течност. Хистологично в тях се установи (**фиг. 10**):



Диагностицирайте хистологичната картина и обяснете морфогенезата ѝ!

Фиг. 10

Бъбреците са асиметрични, леко намалени, с мозаични хлътвания по повърхността им: еднични дълбоки, на тясна основа и превалиращи -

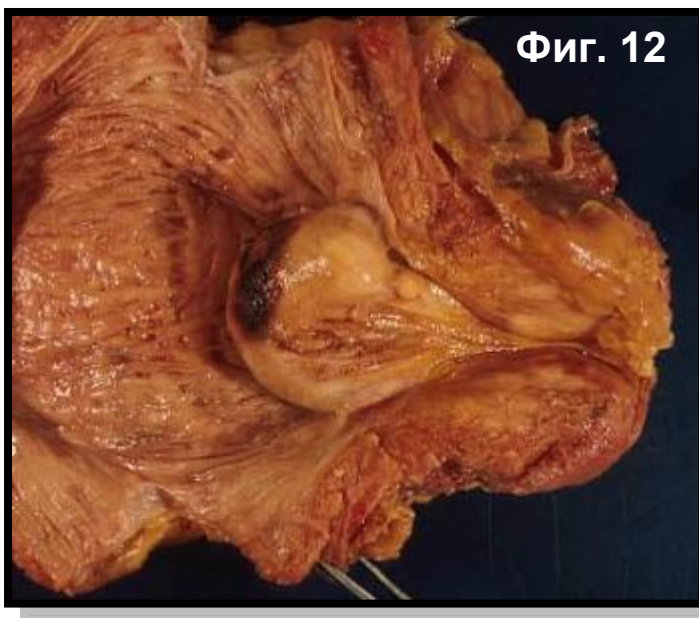
широки и плътки, дребнозърнисти (**фиг. 11**). Декапсулацията им е затруднена, а на срез лигавицата на пиелона е задебелена, чашките – разширени.

Фиг. 11



Опишете и/или наменовайте хистологичните изменения в тях!

Простатната жлеза е уголемена, най-вече за сметка на средния ѝ дял. Премаващата през нея уретра е силно стеснена. Пикочният мехур дилатиран, със силно задебелена и задебелена стена (**фиг.12**).



Мозъкът е с приплеснати гънки и плитки бразди, меките мозъчни обвивки са хиперемирани и оточни. В останалите органи не се констатира макроскопски изменения.

ИЗГРАДЕТЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧНАТА ДИАГНОЗА, като започнете с основното заболяване, продължете с основното усложнение, непосредствената причина за смъртта и останалите усложнения.

Запишете в отделна рубрика, като придружаващи заболявания, болестите които нямат отношение към възникването на смъртта.

Преценете логиката на представената клинична диагноза и оценете дали има съвпадение между нея и патологоанатомичната диагноза по отношение основното заболяване, основното усложнение и непосредствената причина за смъртта във Вашата патологоанатомична епикриза.