
Errare humanum est

Ошибки в хирургии.

Чжао А.В., Г.Г.Кармазановский
ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России



ГДЕ МЫ СОВЕРШАЕМ ОШИБКИ

- ▶ ОТСУТСТВИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА

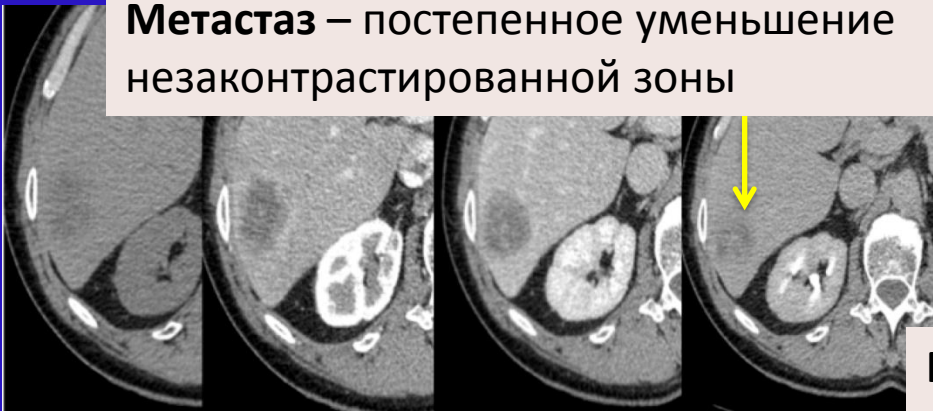
 - ▶ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ
 - ▶ ПОСПЕШНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО «ОТНОСИТЕЛЬНЫМ» ПОКАЗАНИЯМ
 - ▶ НЕАДЕКВАТНАЯ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ
 - ▶ НЕ ЧЕТКОЕ ПОНИМАНИЕ РЕАЛИЙ : КАЧЕСТВО И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ
 - ▶ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ДО ОПЕРАЦИИ
 - ▶ ИГНОРИРОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
 - ▶ НЕПРАВИЛЬНАЯ ТРАКТОВКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ
 - ▶ ОТСУТСТВИЕ ИОУЗИ (неполноценная ио ревизия)
 - ▶ ОТСУТСТВИЕ СРОЧНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
-



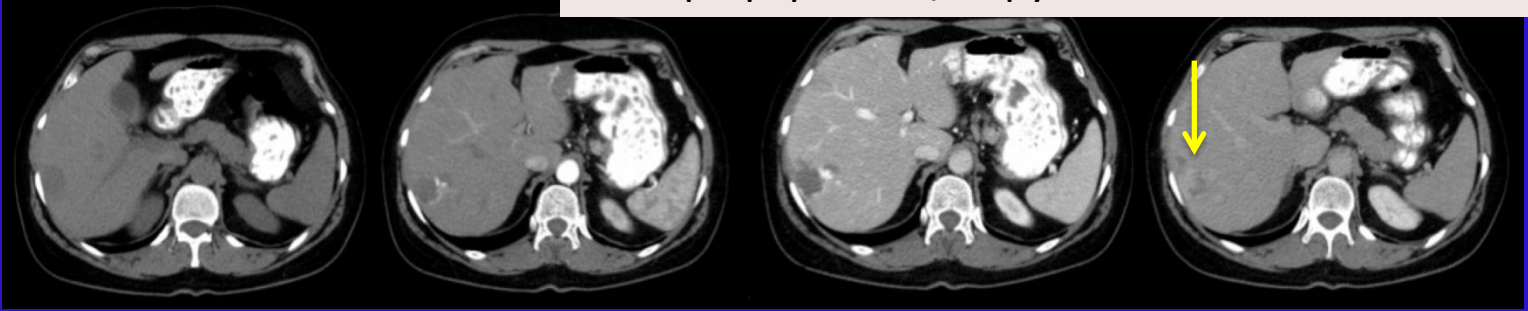
- ▶ ОШИБКА В ВЫБОРЕ ОБЪЕМА ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ИЗЛИШНИЙ КОНСЕРВАТИЗМ ИЛИ ЧРЕЗМЕРНЫЙ РАДИКАЛИЗМ)
- ▶ РИСК ОПЕРАЦИИ ПРЕВЫШАЕТ РИСК ЕСТЕСТВЕННОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
- ▶ РАБОТА ВНЕ ОБЩЕПРИНЯТЫХ ПРОТОКОЛОВ, СТАНДАРТОВ И ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
- ▶ ЖЕЛАНИЕ ХИРУРГА БЫТЬ ПЕРВЫМ, ЛУЧШИМ И УНИКАЛЬНЫМ
- ▶ ДЕФЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ
- ▶ ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ
- ▶ НЕАДЕКВАТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ
- ▶ НЕБРЕЖНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
- ▶ НАРУШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

КТ с контрастным усилением

Метастаз – постепенное уменьшение незаконтрастированной зоны



Гемангиома – лакунарное контрастирование от периферии к центру



!! Динамическое сканирование – до сих пор надежный инструмент дифференциальной диагностики очаговых образований и их соотношения с сосудистыми системами – магистральными и внутриорганными.



Инсулинома – видна только в артериальную фазу

Диагностические ошибки (неточности интерпретации)

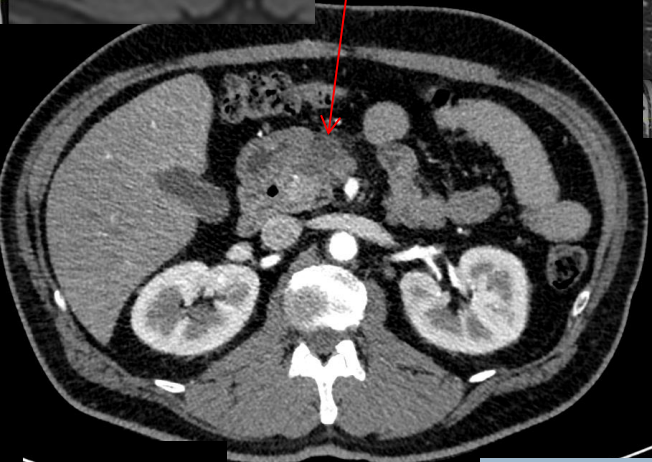
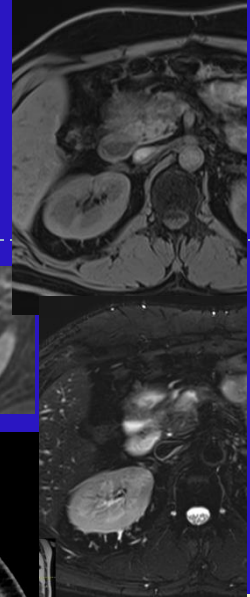
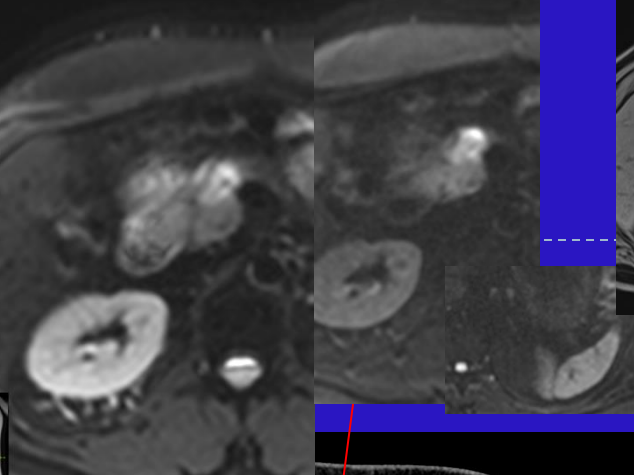
- ▶ Мы стремимся провести параллели между морфологией тканей и их физико-химическими свойствами при воздействии различных факторов, позволяющих получить «ответ» тканей, используемый при построении (генерировании) изображения
- ▶ Возможность ошибки изначально заложена в принцип построения изображения, так как ткани с различной морфологией могут иметь идентичные физико-химические свойства, являющиеся основой идентичности изображений.





Таблица 2. Типы диагностических ошибок, допускаемых в процессе сканирования и оформления протокола исследования

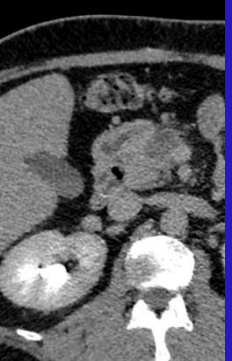
| 1. Ошибки, обусловленные пределами разрешающей способности метода в целом или использованной диагностической программой (последовательностью) | 2. Ошибки, обусловленные идентичностью проявлений изображений на томограммах при различном морфологическом субстрате выявленных изменений | 3. Ошибки, обусловленные невнимательностью врача-диагноста или его некомпетентностью |
|---|--|---|
| <p>Использование пошаговых компьютерных томографов или МР-томографов с длительным временем сбора данных</p> <p>Отсутствие синхронизации с дыханием при динамическом контрастном усилении</p> <p>Заведомо неправильное использование широкоизвестных диагностических программ, например введение контрастного препарата "от руки" там, где необходим быстрый болюс</p> | <p>Кисты и кистозные опухоли, кисты и паразитарные кисты</p> <p>Гиперваскулярные опухоли: доброкачественные и злокачественные</p> <p>Воспалительные и опухолевые новообразования, содержащие большое количество соединительной ткани</p> | <p>1. Неточности в описании, обусловленные невнимательностью, отсутствием орфографической правки текста</p> <p>2. Неполное описание исследования, не отмечены сопутствующие заболевания, не требующие экстренных, срочных вмешательств</p> <p>3. Неполное описание основного заболевания, повлекшее за собой неадекватно назначенную лечащим врачом терапию</p> <p>4. Ошибки, обусловленные неправильным толкованием полученных данных – псевдодиагностика</p> <p>5. Ошибки, связанные с невыполнением или неполным объемом обследования, требуемого пациенту для постановки правильного диагноза</p> |



Элементов опухоли не обнаружено. Фрагменты тканевого детрита с очагами скопления макрофагов и ксантомных клеток.

Аваскулярное очаговое образование перешейка поджелудочной железы, на фоне структурных изменений паренхимы, по типу хронического панкреатита.

Состояние после резекции вентральной части головки поджелудочной железы

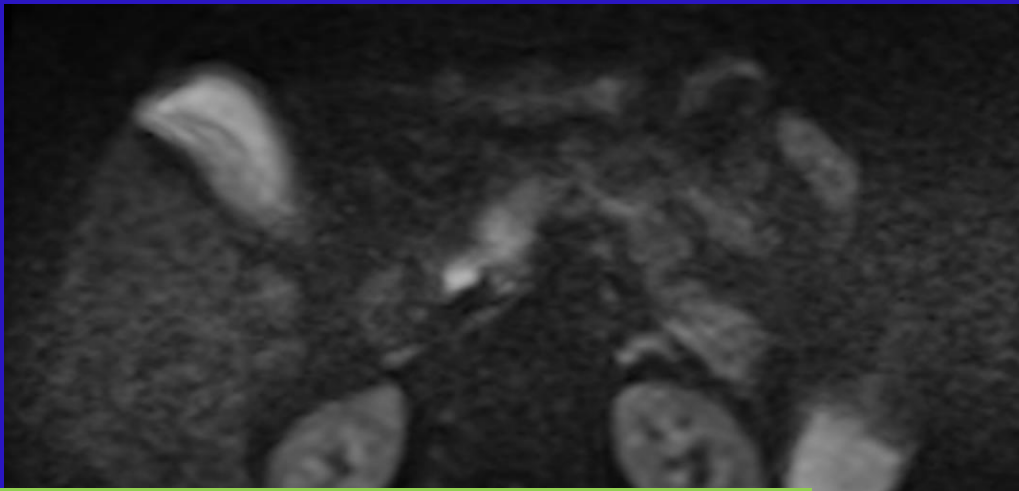


12

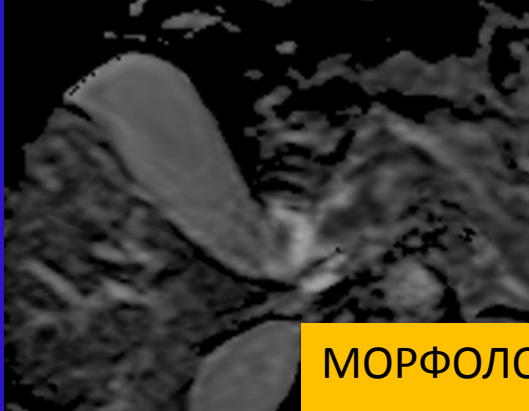
Кистозно-солидное образование перешейка поджелудочной железы

ТРИ метода не дали ответа!!!

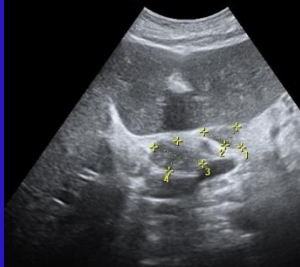
МСКТ - Состояние после стентирования желчных протоков от 29.03.17. Образование головки поджелудочной железы (аденокарцинома?) нельзя исключить инвазию в верхнюю брыжеечную вену. Панкреатическая гипертензия.



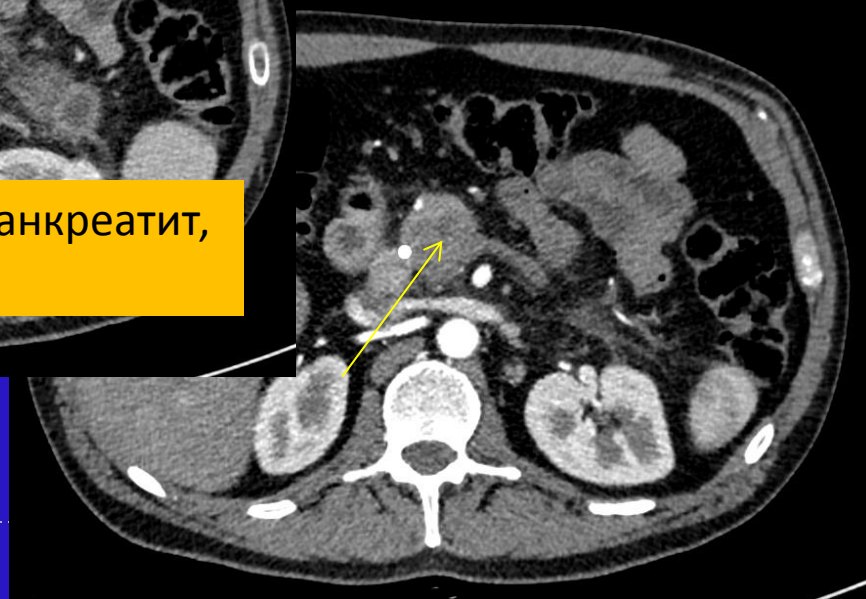
МРТ - Образование головки поджелудочной железы (Cr).

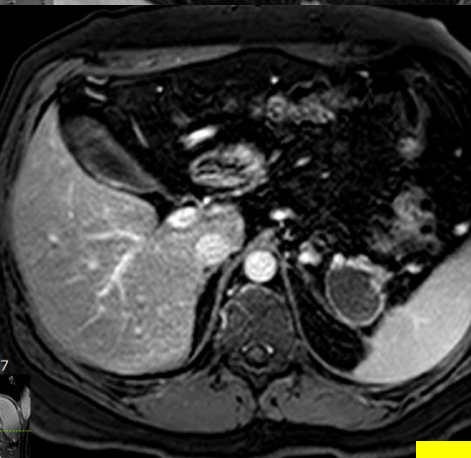
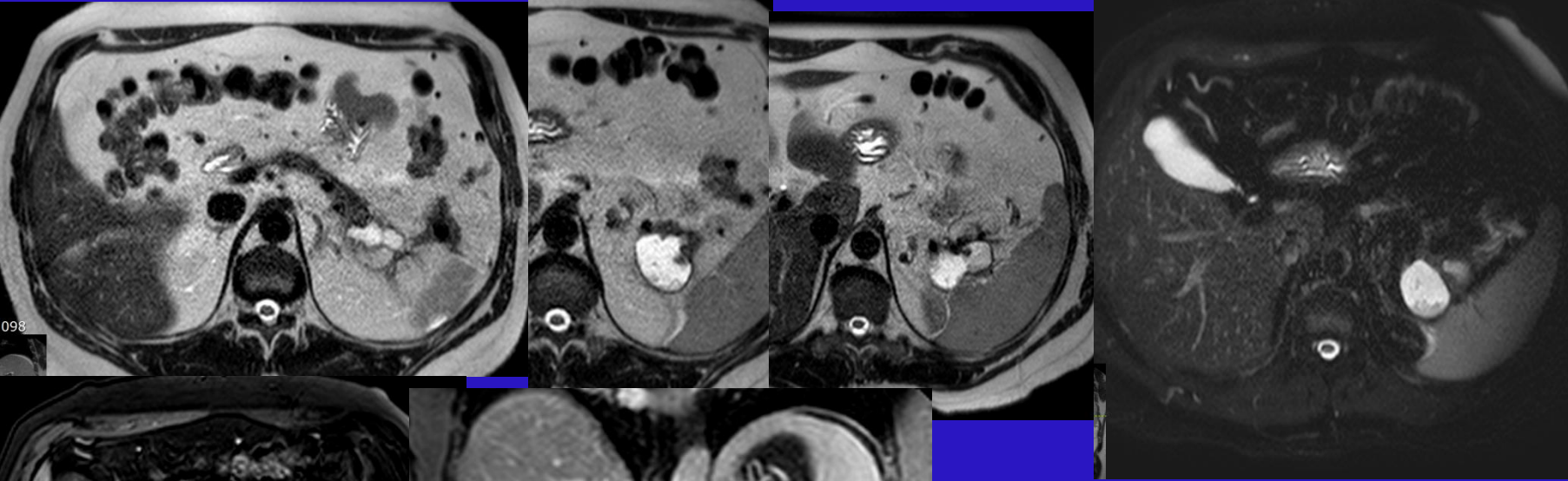


МОРФОЛОГИЯ - или фокальный панкреатит, или аутоиммунный



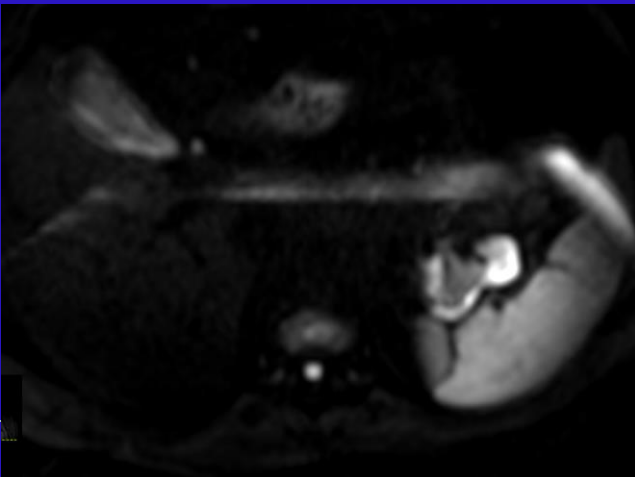
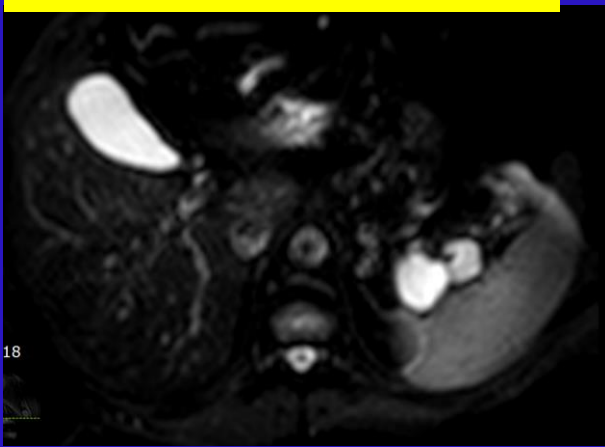
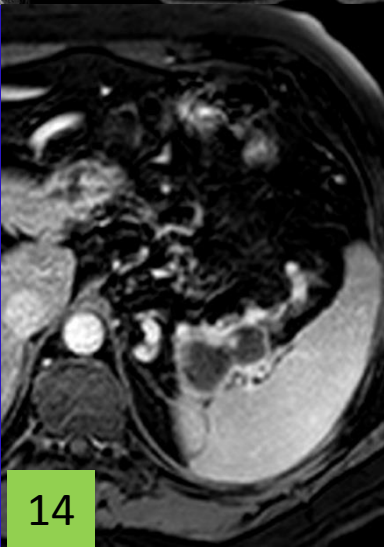
УЗИ - Слабоваскуляризированная опухоль головки поджелудочной железы, с выраженным инфильтративным перипроцессом по периферии, Панкреатическая гипертензия. Умеренно выраженная билиарная гипертензия, состояние после стентирования.



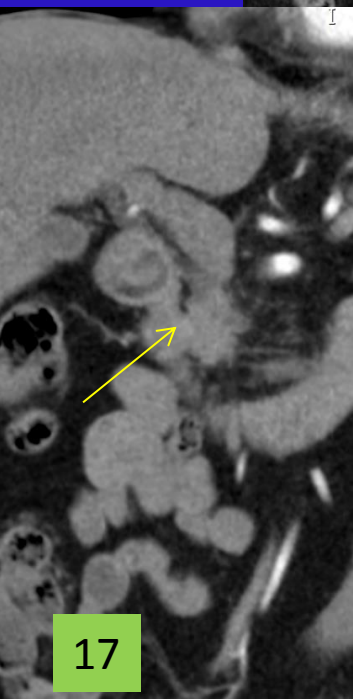
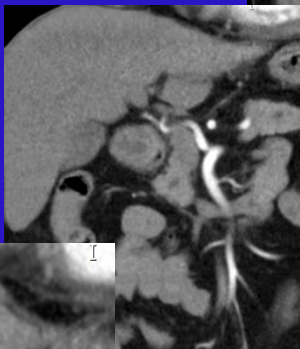
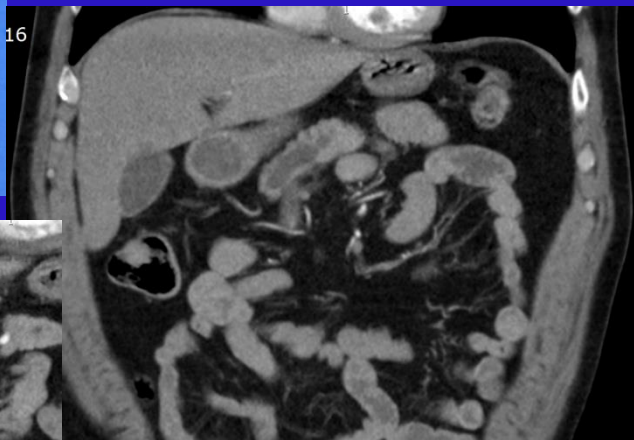
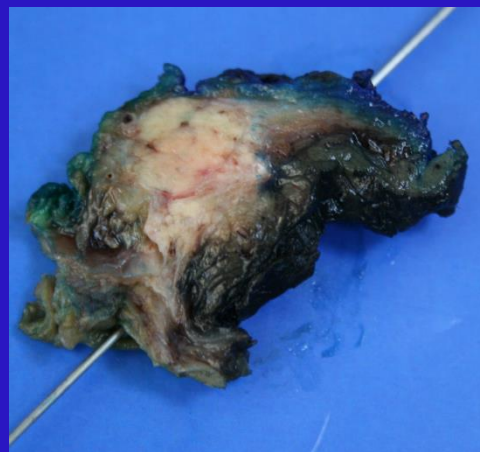


МРТ- Требуется дифференциация с
ВПМО с пристеночными
разрастаниями

постнекротическая киста

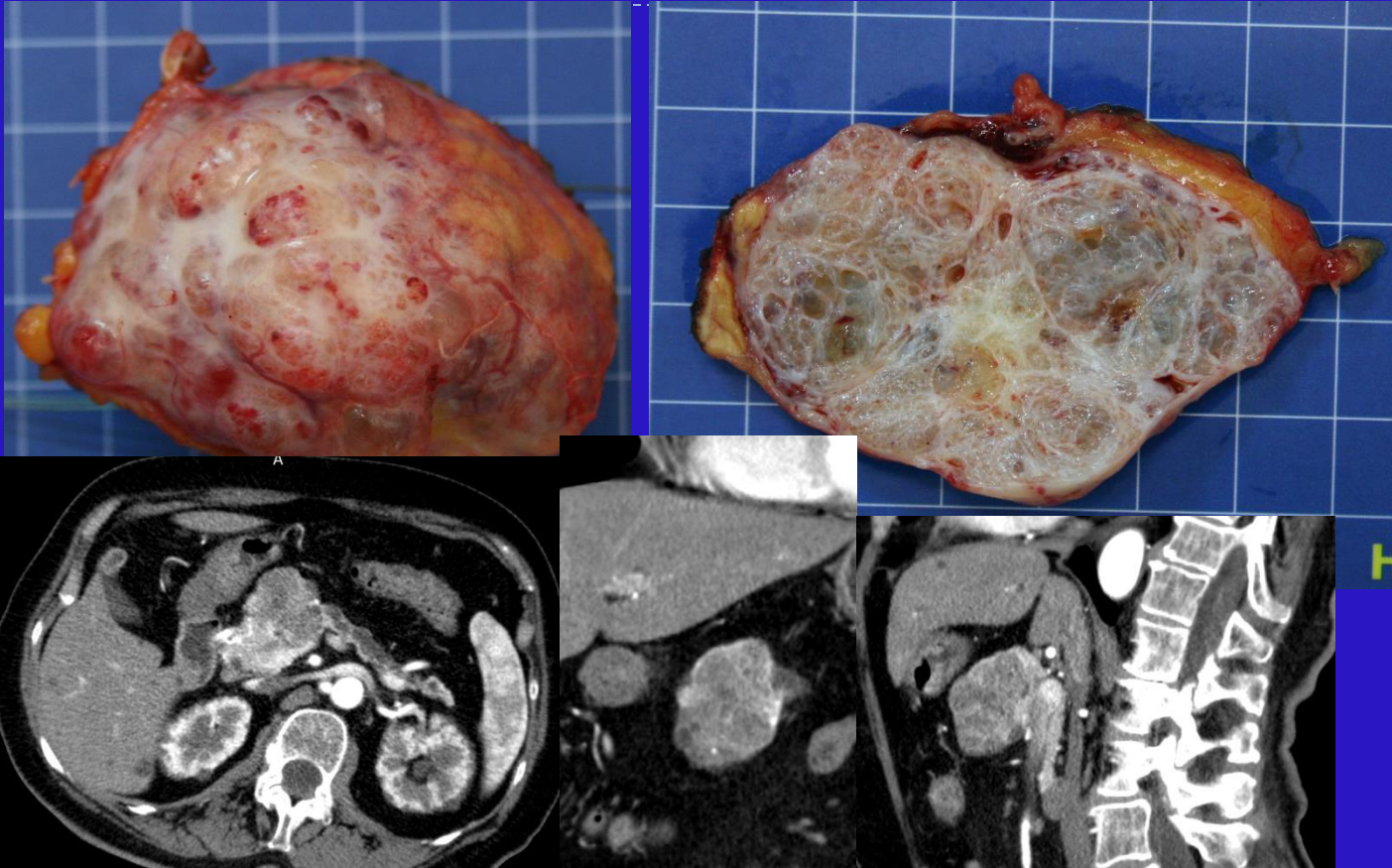


**Картина при КТ более соответствует IPMN
центрального типа поджелудочной железы(в
головке или на границе головки и перешейка)**



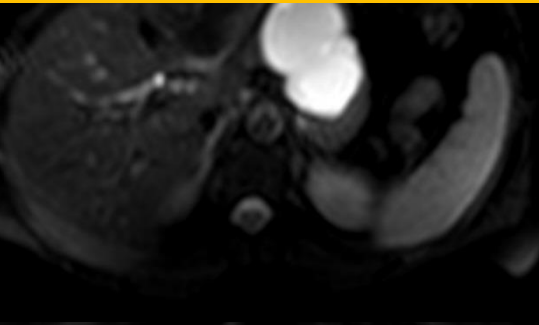
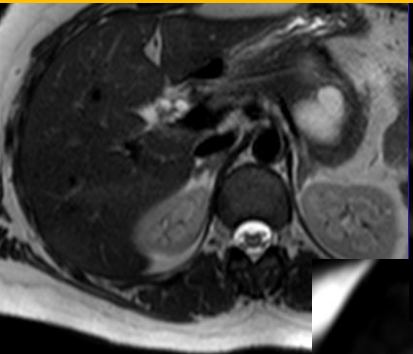
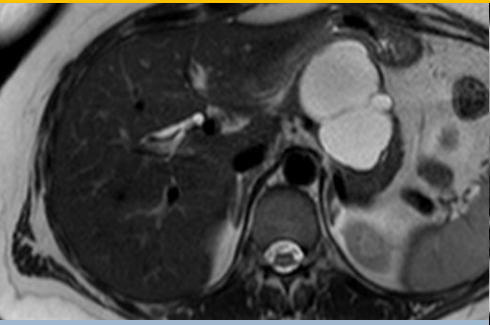
Элементов опухоли не выявлено.
Эктопия ткани поджелудочной железы в
стенке 12-перстной кишки. В ткани
головки поджелудочной железы -
хронический панкреатит с выраженным
пери - и интралобулярным фиброзом,
выраженной гипертрофией нервных
стволов, атрофией ацинусов, с
расширенными просветами некоторых
мелких протоков и формированием
ретенционных кист.

Серозная цистаденома



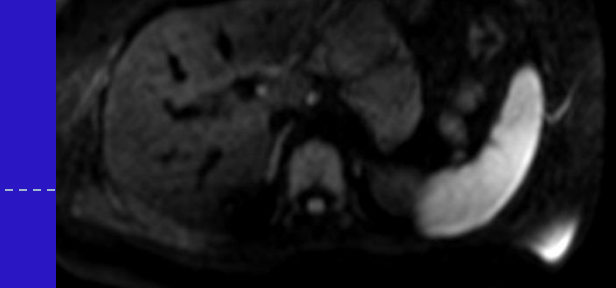
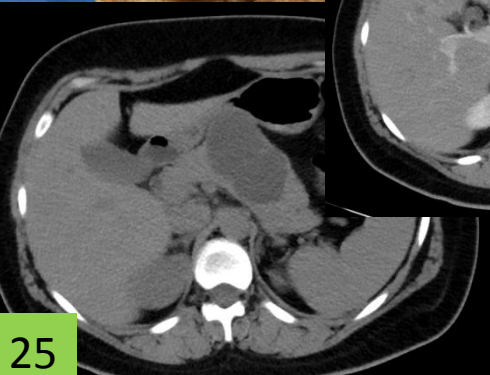
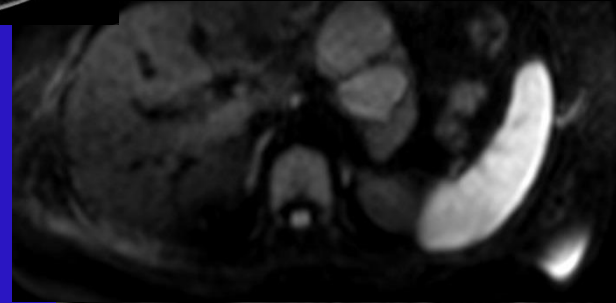
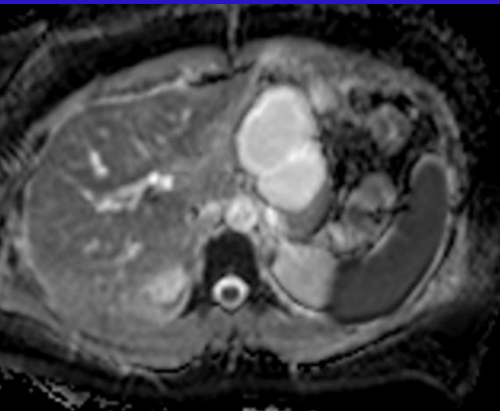
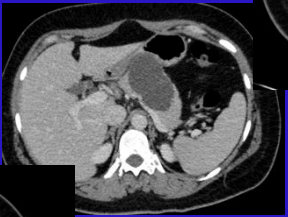
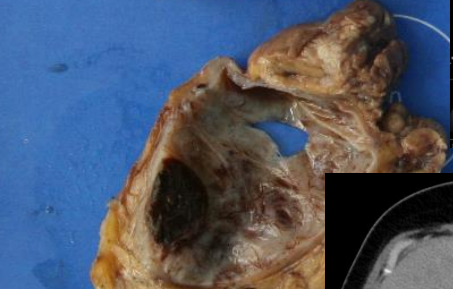
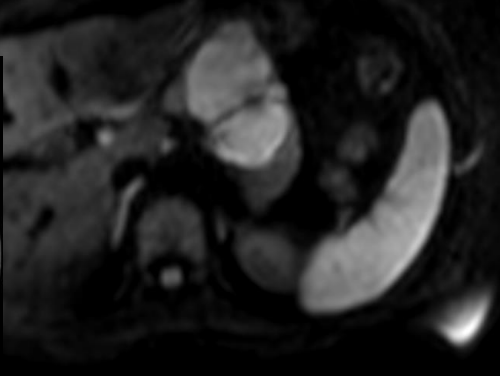
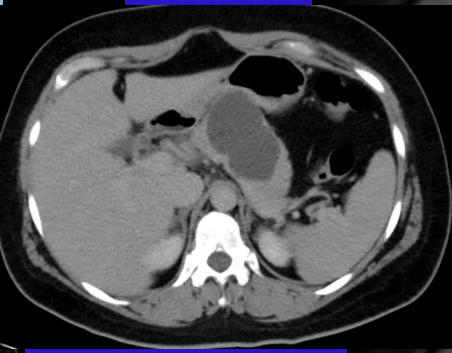
МСКТ картина соответствует внутрипротоковой папиллярно-муцинозной опухоли (IPMN) – карциноме поджелудочной железы. Смешанный тип.
Панкреатическая гипертензия

Кистозное образование в теле поджелудочной железе более соответствует простой (ретенционной) кисте



Вероятно, муцинозная цистаденома

Все ошиблись



заключение

- ▶ Ошибки неизбежны
- ▶ Нетипичные нозологические формы имеют нетипичные визуализационные характеристики
- ▶ Если с диагнозом ошибаются, как правило, ошибаются все
- ▶ Чаще гипердиагностика РАКА (нужно шире использовать МРТ с ДВИ) и дополнительно 2 других метода исследования (СКТ+УЗИ и/или ЭНДОУЗИ с биопсией)
- ▶ В ряде случаев необходимо шире использовать follow-up исследования и не торопиться с операциями
- ▶ Мультидисциплинарный подход в диагностике и выборе варианта лечения позволяет снизить число ошибок в хирургии и в ряде случаев избежать операции
- ▶ Ошибки в варианте добросовестного заблуждения не могут служить поводом для судебного преследования врача





A good surgeon knows how to operate

A better surgeon knows when to operate

The best surgeon knows when not to operate

SURGIMEDIA®



Благодарю за внимание!

