

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ПЕРИТОНИТА ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Рандаревич А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., доцент Прокопчик Н.И.

В настоящее время одним из самых частых осложнений хирургической патологии, нередко приводящих к смертельному исходу, является перитонит. При тяжелых формах гнойного перитонита летальность составляет до 30%, а при развитии полиорганной недостаточности – до 85%.

При анализе протоколов вскрытий, произведенных в прозектурах г. Гродно в 2008г., установлено, что 74 больных, среди которых оказалось 37 мужчин и столько же женщин в возрасте от 26 до 87 лет, умерли вследствие разлитого перитонита различной этиологии. При этом 35,1% умерших были в активном трудоспособном возрасте, а 50,0 % – в возрасте 70 лет и старше.

В 50 (67,6 %) случаях перитонит был связан с острой хирургической патологией органов брюшной полости: острой сосудистой недостаточностью кишечника (24,3%), панкреатитом (24,3 %), механической кишечной непроходимостью (10,8 %), язвенной болезнью (5,4 %) и желчнокаменной болезнью (2,8 %).

Острая сосудистая недостаточность кишечника была отмечена в 18 секционных наблюдениях. Мужчин в этой группе оказалось 7, женщин – 11 (средний возраст – 66,6 и 75,3 лет, соответственно). Локализация и распространенность патологического процесса в кишечнике была вариабельной и зависела от пола. Так, например, у мужчин преобладал субтотальный некроз тонкой кишки; у женщин патологический процесс носил более распространенный характер с вовлечением в процесс не только тонкой, но и толстой кишки, и при этом более часто регистрировался тромбоз артерий кишечника.

Перитонит, как следствие панкреатита, имел место в 18 секционных наблюдениях. Мужчин в этой группе оказалось 13, женщин – 6 (средний возраст – 44,8 и 54,2 лет, соответственно). При этом острый панкреатит имел место в 15, хронический рецидивирующий – в 3 случаях.

Механическая кишечная непроходимость, как причина перитонита и смерти, имела место в 8 секционных случаях и была обусловлена спаечным процессом в брюшной полости (5), заворотом кишок (1) и обтурацией кишок каловыми камнями (2). Причиной образования спаек в брюшной полости могло явиться наличие в анамнезе оперативных вмешательств (в 4 случаях) и хронический уремитический полисерозит (1).

В 18 (24,3 %) секционных случаях перитонит был обусловлен заболеваниями различных органов опухолевой природы: раком толстой кишки (8), желудка (4), поджелудочной железы (2), мочеполовых органов (2), опухолью кроветворной и лимфатической ткани (2).

В 6 (8,2 %) наблюдениях перитонит был вызван другими различными причинами. Так, например, у больной, 57 лет, он явился проявлением сепсиса, возникшего на фоне флегмоны кожи брюшной стенки и забрюшинной клетчатки; больной, 45 лет, страдал висцеральным сифилисом, с развитием сифилитического гепатита, портальной гипертензии, асцита, а также разлитого фибринозно-гнойного перитонита; у больной, 26 лет, перитонит явился следствием полисерозита при СКВ; у женщины, 57 лет, – как осложнение мочекаменной болезни с пионефрозом, гнойным пери- и паранефритом; у женщин 65 и 69 лет, оперированных по поводу разлитого перитонита, была выявлена микроперфорация поперечно-ободочной и прямой кишок неустановленной этиологии, что и являлось причиной воспаления брюшины.

Приведенные секционные данные свидетельствуют о полиэтиологичности перитонита. В прозекторской работе перитониты чаще всего являются осложнением острых хирургических и онкологических заболеваний органов брюшной полости.