

- Physiol. Rev. – 2001. – Vol. 81. – P. 1535-1565.
4. Imamov O., Lopatkin M. A., Gustafsson J-A. Estrogen Receptor beta in Prostate Cancer. // NEJM. – 2004. – Vol. 351. – P. 2773 -2774.
 5. Differential expression of steroid receptors in prostate tissues before and after radiation therapy for prostatic adenocarcinoma. // Torlakovic E., Lilleby W., Berner A. et al. // Int. J. Cancer. – 2005. – Vol. 117. – P. 381-386.

ПРИЧИНЫ ПЕРИТОНИТА ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Рандаревич А.В., Прокопчик Н.И., Андреева О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро»,
Гродно, Беларусь

Как известно, одним из самых частых осложнений хирургической патологии, нередко приводящей к смертельному исходу, является перитонит. Начинаясь как местный процесс, перитонит может быстро превратиться в опасное для жизни заболевание, приводящее к интоксикации, гипоксии, глубоким нарушениям метаболизма, иммунной защиты и полиорганной недостаточности. Первичные перитониты встречаются редко, их частота составляет около 1%; вторичные, как осложнение острых хирургических, онкологических заболеваний и травм органов брюшной полости, значительно чаще. При тяжелых формах гнойного перитонита летальность составляет до 30%, а при развитии полиорганной недостаточности – до 85% [1,2].

Цель исследования: Изучить причины развития перитонита по данным аутопсий. Исследование основано на изучении результатов аутопсий, осуществленных в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2008 году.

При анализе протоколов вскрытий установлено, что 74 больных умерли вследствие перитонита. Возраст больных, среди которых мужчин и женщин было поровну, колебался от 26 до 88 лет. При этом в возрасте до 39 лет умерло 5 (6,8%) больных, в возрасте от 40 до 60 лет – 21 (28,4%), старше 60 лет – 48 (64,8%).

Анализ секционного материала показал, что причины перитонита были разнообразными, однако чаще всего он был обусловлен острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и опухолями желудочно-кишечного тракта.

Оказалось, что в 50 (67,6 %) случаях перитонит был связан с острой хирургической патологией органов брюшной полости, и в частности, в 18

(24,3%) – с острой сосудистой недостаточностью кишечника, в 18 (24,3 %) – с панкреатитом, в 8 (10,8 %) – с механической кишечной непроходимостью, в 4 (5,4 %) – с язвенной болезнью, в 2 (2,7 %) – с желчнокаменной болезнью.

В 18 (24,3 %) случаях перитонит был обусловлен опухолями различных органов: раком толстой кишки (8), желудка (4), поджелудочной железы (2), мочеполовых органов (2), а также лимфом с поражением лимфатических узлов брюшной полости и селезенки (2 случая).

В 6 (8,2 %) наблюдениях перитонит имел относительно редкую этиологию. Так, у больной, 57 лет, ограниченный фибринозно-гнойный перитонит явился проявлением сепсиса, возникшего в связи с флегмоной кожи брюшной стенки с распространением воспалительного процесса на забрюшинную клетчатку, а в последующем – и на брюшину (было произведено дренирование флегмоны и брюшной полости). Больной, 45 лет, страдал висцеральным сифилисом, с развитием сифилитического гепатита, портальной гипертензии, асцита, а также разлитого фибринозно-гнойного перитонита (было произведено дренирование брюшной полости). У больной, 26 лет, разлитой серозно-фибринозный перитонит явился следствием полисерозита при системной красной волчанке (операция не проводилась); у женщины, 57 лет, разлитой фибринозно-гнойный перитонит явился осложнением мочекаменной болезни с пионефрозом, гнойным пери- и паранефритом и флегмоной забрюшинной клетчатки (осуществлено дренирование флегмон, а также брюшной полости). У женщины, 65 лет, оперированной по поводу разлитого перитонита, была выявлена микроперфорация поперечно-ободочной кишки неустановленной этиологии (произведена резекция участка кишки и наложена трансверзостомия). У женщины, 69 лет, оперированной по поводу абсцесса дугласова пространства и разлитого фибринозно-гнойного перитонита, была выявлена перфорация прямой кишки неустановленного происхождения, которая и являлась причиной осложнений (осуществлены санация и дренирование брюшной полости, наложена сигмостомия).

Панкреатит, осложнившийся перитонитом, был отмечен 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.

При остром панкреатите в 8 случаях отмечался субтотальный некроз поджелудочной железы с вовлечением в процесс и деструкцией парапанкреатической клетчатки, а также забрюшинной клетчатки (в 2 случаях), стенки 12-перстной кишки (1), поперечно-ободочной кишки (1). Гнойное расплавление очагов деструкции выявлено в 4 случаях. Разлитой перитонит был отмечен во всех случаях. При этом в 4 случаях он был серозно-геморрагическим и также в 4 – гнойно-фибринозно-геморрагическим. В других 7 случаях острый панкреатит характеризовался

наличием множественных жировых и тканевых некрозов в железе и окружающей клетчатке, а также – забрюшинной клетчатке (в 2 случаях). Инфицирование очагов некроза наступило в 5 случаях. Разлитой перитонит в 2 наблюдениях был серозно-геморрагическим, в 5 – гнойно-фибринозным. Таким образом, панкреатогенный перитонит был отмечен во всех случаях острого панкреатита, завершившихся летальным исходом. При этом в 6 наблюдениях он был ферментативным серозно-геморрагическим, в 9 – гнойно-фибринозным. На фоне перитонита в одном из секционных случаев возник сепсис, а в другом – аррозивное кишечное кровотечение из зоны деструкции 12-перстной кишки.

Острая сосудистая недостаточность кишечника, осложнившаяся перитонитом, была отмечена в 18 секционных наблюдениях. Мужчин в этой группе оказалось 7, женщин – 11 (средний возраст – 66,6 и 75,3 лет, соответственно). Характер и распространенность сосудистой патологии, ее локализация в кишечнике была вариабельной, однако зависела от пола. Так, у мужчин в большинстве случаев имел место субтотальный некроз тонкой кишки; у женщин патологический процесс носил более распространенный характер с вовлечением не только тонкой, но и толстой кишки; чаще регистрировался тромбоз артерий кишечника; средний возраст умерших женщин оказался на 9 лет старше, чем мужчин. Причиной гангрены кишечника в 16 наблюдениях явился стенозирующий атеросклероз брыжеечных артерий (в том числе, в 12 случаях – с их тромбозом), в 1 – атеросклероз аорты с пристеночным тромбозом и последующей тромбэмболией брыжеечной артерии, в 1 – инфекционный эндокардит с тромбобактериальной эмболией брыжеечной артерии. Таким образом, частота тромбоза брыжеечных артерий, как непосредственной причины гангрены кишечника, составила 77,8 % (в том числе, у мужчин – 71,4 %, у женщин – 81,8 %).

Вследствие язвенной болезни, осложненной перитонитом, скончалось 4 больных: 3 мужчин (средний возраст – 57,0 лет) и женщина 70 лет. В 3 случаях хроническая язва локализовалась в 12-перстной кишке, в 1 – в желудке. Кроме перитонита, язвенная болезнь одновременно осложнилась пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку (2) и кровотечением (2 случая).

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), обтурацией кишок каловыми камнями (2). Как оказалось, заворот касался подвздошной кишки и к моменту лапаротомии уже возник разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Несмотря на проведенное вмешательство (расправление заворота, дренирование брюшной полости), перитонит прогрессировал и вызвал летальный исход. Копростаз, вызвавший хроническую кишечную непроходимость, сопровождался образованием

пролежней в кишечнике, что привело к множественным перфорациям толстой кишки и развитию разлитого калового гнойно-фибринозного перитонита. Причиной образования спаек в брюшной полости могло явиться наличие в анамнезе оперативных вмешательств (в 3 случаях) и хронический уремический полисерозит (1).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что перитонит, имеющий место в повседневной врачебной практике, является полиэтиологическим заболеванием и может быть осложнением заболеваний не только хирургического, но и терапевтического профиля.

Литература

1. Бибик, И.Л. Результаты исследования тяжести перитонита у пациентов с перфоративными гастро-дуоденальными язвами / И.Л. Бибик [и др.] // Мед. новости. – 2001.- № 5-6. – С. 69-70.
2. Жидков, С.А. Особенности перитонита у лиц пожилого и старческого возраста/ С.А. Жидков [и др.] // Мед. новости. – 2002. – № 4. – С. 71-73.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ СРЕДИ МИНЧАНОВ

Рогов Ю.И., Метельская М.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Онкологические заболевания – одна из основных причин смерти среди женщин в возрасте 25-64 года. Злокачественные опухоли женской репродуктивной системы (новообразования молочной железы и половых органов) составляют примерно 40-45% случаев рака всех локализаций у женщин [4]. Рак эндометрия (РЭ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости женского населения развитых стран мира [1]. Последнее время в России, так же, как и в экономически развитых странах Европы и Северной Америки, имеется тенденция к снижению заболеваемости раком шейки матки и росту числа злокачественных опухолей молочной железы, тела матки и яичников. В Беларуси показатель заболеваемости РЭ за 24 года увеличился с 5,7 до 23,7[2]. По данным долгосрочного прогноза, в начале XXI века в большинстве развитых стран мира в структуре заболеваемости женского населения рак эндометрия выйдет на первое место, как это уже произошло в США [3,5]. Ростом заболеваемости и объясняется повышенное внимание к проблемам диагностики и лечения рака тела матки.

Цель данного исследования – проанализировать заболеваемость