

ПАНКРЕОНЕКРОЗ - ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У УМЕРШИХ ВНЕ СТАЦИОНАРА

Островский В.К.¹, Макаров С.В.¹, Смолькина А.В.¹, Алимова Р.И.¹, Нуртдинова Г.И.¹, Фролов А.И.¹, Кисляков А.Н.¹

¹ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия, e-mail: dokmak_1@mail.ru

Целью данного исследования является анализ летальности у внезапно умерших больных с острой хирургической патологией органов живота, подвергшихся патологоанатомическому исследованию в Ульяновском областном бюро судебно-медицинской экспертизы за последние 5 лет. Проанализирован клинический материал 81 умершего пациента, умерших вне стационара. Эти пациенты были отобраны методом случайной выборки из числа всех больных, умерших от перитонита. Возраст пациентов был от 27 до 81 года, из них возраст до 60 лет был у 26 человек (32,1%), а в возрасте 60 лет и старше было 55 больных (67,9%). Эти данные указывают на то, что проблема острых гнойно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости является весьма актуальной, особенно у пожилых лиц. Из 81 больного перитонитом, причиной смерти был у 63 пациентов (75,4%) геморрагический или жировой панкреонекроз, у 9 (11,1%) - острая спаечная кишечная непроходимость, у 3 (3,6%) острый деструктивный калькулезный холецистит. Хирургические осложнения неспецифического язвенного колита наблюдались у 2 пациентов (2,5%), мезентериальный тромбоз выявлен у 4 (3,8%) умерших. И только по 1 (1,2%) человеку умерли от стеноза желудка язвенной этиологии, от хронического панкреатита, острого аппендицита и перфорации тонкого кишечника инородным телом. Выводы: основной причиной смерти больных перитонитом, умерших вне стационара являлся геморрагический или жировой панкреонекроз. Самолечение и игнорирование обращения за медицинской помощью, вследствие алкоголизма или возрастных изменений в организме - это причина смерти больных на дому с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Ключевые слова: панкреонекроз, перитонит, летальность.

PANCREATIC NECROSIS - THE MAIN CAUSE OF MORTALITY IN PERITONITIS DIED OUTSIDE HOSPITAL

Ostrovsky V.K.¹, Makarov S.V.¹, Smolkina A.V.¹, Alimova R.I.¹, Nurtdinova G.I.¹, Frolov A.I.¹, Kisliakov A.N.¹

¹Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia, e-mail: dokmak_1@mail.ru

The purpose of this study is to analyze mortality in patients who died suddenly with acute surgical pathology of the stomach exposed mortem examination in Ulyanovsk regional bureau of forensic medical examination in the last 5 years. Clinical material analyzed 81 patients who died, died outside the hospital. These patients were selected randomly from among all patients who died of peritonitis. Age of the patients was from 27 to 81 years, including 60 years of age was in 26 people (32.1%) and those aged 60 years and older were 55 patients (67.9%). These data indicate that the problem of acute suppurative destructive diseases of the abdominal cavity is very urgent, especially in the elderly. Of the 81 patients with peritonitis, cause of death in 63 patients (75.4%) or fat hemorrhagic pancreatic necrosis, 9 (11.1%) - acute adhesive intestinal obstruction in 3 (3.6%), acute destructive calculous cholecystitis. Surgical complications of ulcerative colitis were observed in 2 patients (2.5%), mesenteric thrombosis was detected in 4 (3.8%) died. Only 1 (1.2%) patients died from stomach ulcer stenosis etiology of chronic pancreatitis, acute appendicitis and perforation of the small intestine foreign body. Conclusions: The main cause of death in patients with peritonitis who died outside the hospital was fat or hemorrhagic pancreatic necrosis. Self-neglect and seeking medical help due to alcoholism or age-related changes in the body - is the cause of death of patients at home with acute surgical abdominal pathology.

Keywords: pancreatic necrosis, peritonitis, mortality.

При распространённом перитоните синдром интестинальной недостаточности является главной причиной эндогенной интоксикации, «кишечного» сепсиса и синдрома системного воспалительного ответа, что в большом проценте ведёт к летальному исходу [1,3,4]. По данным литературы, в большинстве случаев перитонит не самостоятельная болезнь, а

осложнение воспалительных заболеваний или повреждений органов брюшной полости. Около 20% острых хирургических заболеваний органов брюшной полости осложняется перитонитом [5,9]. Источниками перитонитов являются:

1. Червеобразный отросток (30—65%) - аппендициты: перфоративный, флегмонозный, гангренозный;
2. Желудок и двенадцатиперстная кишка (7-14%) - прободная язва, перфорация рака, флегмона желудка, инородные тела и др.;
3. Женские половые органы (3 - 12%) - сальпингооофорит, эндометрит, пиосальпинкс, разрыв кист яичника, гонорея, туберкулез;
4. Кишечник (3 - 5%) - непроходимость, ущемление грыжи, тромбоз сосудов брыжейки, перфорация брюшнотифозных язв, перфорация язв при колите, туберкулез, болезнь Крона, дивертикулы;
5. Желчный пузырь (10 - 12%) - холециститы: гангренозный, перфоративный, флегмонозный, пропотной желчный перитонит без перфорации;
6. Поджелудочная железа (1%) - панкреатит, панкреонекроз.
7. Травма органов брюшной полости.
8. Послеоперационные перитониты составляют 1% от всех перитонитов. Редко встречающиеся перитониты возникают при абсцессах печени и селезенки, циститах, нагноении хилезного асцита, прорыве паранефрита, плеврите, некоторых урологических заболеваниях и других [7,8].

Смертность при распространенном гнойном перитоните составляет в среднем 25-30%, а при сочетании с недостаточностью нескольких органов - 85-90%. [5,6,8].

Цель исследования: анализ летальности у внезапно умерших больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости, осложненной перитонитом, подвергшихся патологоанатомическому исследованию за последние 5 лет.

Материал и методы исследования

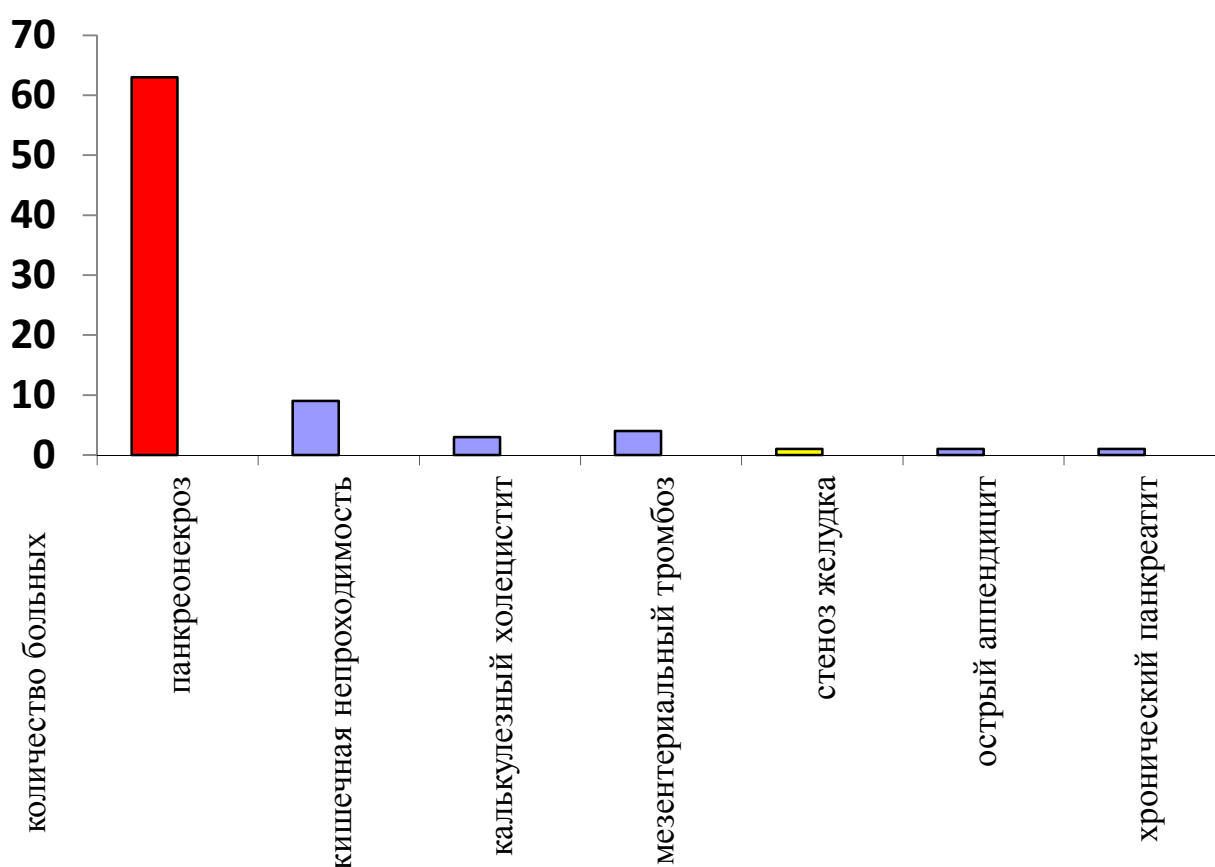
Умершие пациенты вне стационара поступают на патологоанатомическое вскрытие в Ульяновское областное бюро судебно-медицинской экспертизы. В данной работе проанализирован клинический материал патологоанатомических вскрытий 81 умершего пациент в Ульяновском областном бюро судебно-медицинской экспертизы, причиной смерти у которых послужил распространенный перитонит.

Эти пациенты были отобраны методом случайной выборки из числа всех больных, умерших от перитонита. Обработка полученных данных проводилась методом подсчета среднеарифметических показателей, и возрастного распределения по общепринятой шкале.

Результаты исследования

Из 81 больного перитонитом, причиной смерти был у 63 пациентов (75,4%) геморрагический или жировой панкреонекроз, у 9 (11,1%) пациентов - острая спаечная кишечная непроходимость. Всего 3 (3,6%) человека умерли от острого деструктивного калькулезного холецистита.

Хирургические осложнения неспецифического язвенного колита наблюдались у 2 пациентов (2,5%), мезентериальный тромбоз выявлен у 4 (3,8%) умерших. И только по 1 (1,2%) человеку умерли от стеноза желудка язвенной этиологии, от хронического панкреатита, острого аппендицита и перфорации тонкого кишечника инородным телом. (рисунок).



Структура летальности при перитоните

Показанием к судебно-медицинскому исследованию этих больных являлась внезапная смерть, происшедшей на дому у 48 (56,5%) больных, что являлось показанием к судебно-медицинскому исследованию. Однако, говорить о внезапности смерти у этих больных можно лишь условно, так как большинство наших больных находились дома и болели от 7 до 14 суток, не обращаясь за медицинской помощью.

По данным литературы, профилактика перитонита, как основной причины летальных исходов, должна заключаться в совершенствовании средств и методов в оказании

хирургической помощи на всех этапах лечения больных, включая выявление ранних послеоперационных осложнений. При этом очень важным из всех влияющих на исход лечения факторов, является сокращение времени от момента заболевания до момента операции. Это главное, по сравнению с которым все остальные факторы играют меньшую роль [4,6]. Но, в результате исследования, выявлено банальное не обращение пациентов за медицинской помощью.

Возраст пациентов был от 27 до 81 года, из них возраст до 60 лет был у 26 человек (32,1%), а в возрасте 60 лет и старше было 55 больных (67,9%) (таблица).

Распределение больных по возрасту

№	Возраст	Количество пациентов	
		n=	%
1	до 60 лет	26	32,1
2	60 лет и больше	55	67,9

Эти данные указывают на то, что проблема острых гнойно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости является весьма актуальной, особенно у пожилых лиц.

Другими причинами запоздалого обращения больных за медицинской помощью являлось самолечение, а также пребывание в состоянии запоя.

Из анамнеза выяснено, что клиническая связь развития панкреонекроза с употреблением алкоголя установлена у 26 из этих больных, что составило 44,4%, лабораторно содержание алкоголя в крови подтверждено у 7 пациентов. Наши данные не подтверждает также бытующего мнения о важном значении для развития панкреонекроза желчекаменной болезни, которая имела место лишь у 7 наших больных (8,6%).

Ранее считалось, что наиболее частыми острым хирургическим заболеванием органов брюшной полости является острый аппендицит, занимавший здесь первое место [2]. Однако в последнее время установлено, что лидирующее место здесь занимает острый панкреатит, сопровождающийся учащением, утяжелением течения, осложнением панкреонекрозом с ростом летальности. Анализ показал, что более половины этих больных умерли от панкреонекроза, что значительно отличается от данных полученных другими авторами более 20 лет назад.

Выводы

1. Основной причиной смерти больных перитонитом, умерших вне стационара являлся геморрагический или жировой панкреонекроз.

2. Самолечение и игнорирование обращения за медицинской помощью, вследствие алкоголизма или возрастных изменений в организме - это причина смерти больных на дому с острой хирургической патологией органов брюшной полости.
3. Необходимо вновь проводить диспансеризацию населения для активизации раннего обращения больных в лечебные учреждения за медицинской помощью при катастрофе в брюшной полости.

Список литературы

1. Врублевский Н.М. Хирургическая тактика завершения лапаротомии и релапаротомий по поводу разлитого гнойного перитонита: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2008.- 23 с.
2. Крылов А.А. Неотложная гастроэнтерология. Руководство для врачей / А.А.Крылов, А.Г.Земляной, В.А.Михайлович, А.И. Иванов. - Л.»Медицина», 1988.-204 с.
3. Овечкин А.М. Хирургический стресс-ответ, его патофизиологическая значимость и способы модуляции // А.М. Овечкин – 2008. Том II, № 2.– С. 49-62
4. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева.- М.: Триада-Х, 2004.-640с.
5. Савельев В.С., Гельфанда Б.Р., Филимонова М.И. Перитонит // Практическое руководство.- Москва.- 2006.-205 с.
- 6.Томнюк Н.Д., Данилина Е.П., Черных А.Н., Парно А.А., Шурко К.С. Перитонит, как одна из основных причин летальных исходов // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 10 – С. 81-84 .
7. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С. и др. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных. // Хирургия им. Н.И. Пирогова.- 2010 .- №4.- С. 58-62.
8. Ohmann C., Nau T.Prognostic indices in peritonitis // Hepatogastenterology. -2007.- Vol. 44, № 16.- P.-937-946.
9. Rakic M., Popovic D., Rakic M.et al. Comparison of on-demand vs planned relaparotomy for treatment of severe intra-abdominal infections // Croat Med. J.- 2005.- Vol. 46, № 6.- P.957-963.

Рецензенты:

Власов А.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии и детской хирургии медицинского института Мордовского государственного университета им. Н.П. Огарева, г. Саранск;

Шапкин Ю.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства Российской Федерации, г. Саратов.