

К ВОПРОСУ О РЕЛАПАРОТОМИЯХ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИТОНИТАХ

И. А. ПЕТУХОВ

Кафедра факультетской хирургии

Несмотря на успехи хирургии и наличие большого количества антибиотиков разнообразного спектра действия, число послеоперационных перитонитов по сравнению с доантибиотическим периодом снизилось незначительно. Это снижение идет в основном за счет действия антибиотиков при держащих швах. Что касается послеоперационных перитонитов, возникающих вследствие недостаточности швов полых органов, то они составляют наибольшее число больных послеоперационным перитонитом.

Разлитой послеоперационный перитонит является самым тяжелым осложнением после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и непосредственной причиной смерти (48—67%) больных. Основной причиной смерти в таких случаях обычно оказывается перитонит, сопровождающийся тяжелыми осложнениями со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем и значительными изменениями паренхиматозных органов. Поэтому повторные оперативные вмешательства при послеоперационных перитонитах производят редко, летальность после них достигает 60%. Еще печальнее судьба больных разлитым послеоперационным перитонитом, леченных консервативно и неоперированных. Летальность в таких случаях, по Б. М. Хромову и Л. И. Гарвину, составила 98,8%. Отсюда вывод — какие бы ни были результаты оперативных вмешательств при разлитых послеоперационных перитонитах, таких больных нужно повторно оперировать. Поэтому в решении I съезда хирургов Россий-

ской Федерации по проблеме «перитонит и его лечение» записано, что при диагностировании послеоперационного перитонита показана ранняя релапаротомия.

За 1959—1962 гг. в клинике факультетской хирургии произведено 2549 операций на органах брюшной полости, 23 больных (0,9%) умерли от разлитого послеоперационного перитонита.

Послеоперационный перитонит наблюдался у 6 больных (8,57%) из 70 после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и у 8 больных (7,27%) из 110 — по поводу рака. Таким образом, из 180 больных после резекции желудка умерло от послеоперационного перитонита 14 (7,77%). Из 2369 больных при других оперативных вмешательствах умерло от послеоперационного перитонита 9 (0,38%), в том числе 3 больных из 37, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (8,10%). Кроме того, послеоперационный перитонит явился причиной смерти 1 больного из 65, оперированных с ущемленной грыжей (1,53%), 2 больных из 1301, оперированного с острым аппендицитом. 1 больной умер от послеоперационного перитонита после операции по поводу флегмоны тощей кишки, 1 — кисты поджелудочной железы, 1 — после одномоментной резекции сигмовидной кишки по поводу рака ее с явлениями острой кишечной непроходимости.

При резекциях желудка по поводу рака у 6 больных причиной перитонита явилась недостаточность швов (желудочно-кишечного анастомоза — 3, культи двенадцатиперстной кишки — 2, толстокишечного анастомоза — 1), у 1 — некроз головки поджелудочной железы, у 1 — некроз стенки поперечноободочной кишки. Среди причин перитонита после резекций по поводу язвенной болезни преобладает недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки, на втором месте — панкреонекроз.

У 12 больных произведена релапаротомия. У 9 больных оперативные вмешательства носили паллиативный характер и были минимальными по объему: лапаротомия, подведение тампонов к предполагаемому источнику перитонита и оставление в брюшной полости ниппельных дренажей для антибиотикотерапии; последняя проводилась в виде непрерывного орошения брюшной полости комплексом антибиотиков на 0,5% растворе новокаина. Кроме того, для борьбы с динамической кишечной непроходимостью

стью 3 больным наложена илеостома, 1 больному — аппендикостома.

У 3 больных делались попытки радикальных операций, направленные на устранение источника перитонита, у 2 — ушивание дефектов тонкокишечного анастомоза, у 1 — резекция илеоцекального угла.

Выбор разреза брюшной стенки при релапаротомии чаще определялся клинической картиной и общим состоянием больных, с учетом предполагаемого источника перитонита. Так, при подозрении на несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки брюшную полость вскрывали разрезом в правом подреберье, при подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза — в области левого подреберья, иногда релапаротомию производили из срединного разреза. Во всех случаях добавляли разрезы в обеих паховых областях, куда вводили трубчатые резиновые дренажи и небольшие марлевые тампоны-фитили. Через основной разрез в брюшную полость вводили ниппельные дренажи. Кроме оперативного вмешательства применяли пенициллин и стрептомицин, биомицин, эритромицин, колимицин. Последний вводили в брюшную полость по дренажу или через прокол пупка по Г. Д. Образцову.

У 8 больных применено местное обезболивание, у 3 — местное обезболивание в сочетании с общим наркозом, у 1 больного — эфирный наркоз.

Повторные оперативные вмешательства производили в сроки от 1 до 12 суток, у большинства больных — на 3-и сутки и позже, что следует считать поздними сроками. Продолжительность жизни больных после релапаротомии была от нескольких часов до 14 суток.

13 больных по различным причинам (трудность диагностики, противопоказание к операции в виду крайней тяжести общего состояния больных, отказ от релапаротомии и др.) не оперированы. Продолжительность жизни у них была от нескольких часов до 14 суток. У некоторых больных перитонит протекал чрезвычайно быстро, по-видимому, по типу перитонеального сепсиса.

В вопросе о хирургической тактике при послеоперационных перитонитах мы стоим на позициях активного и раннего оперативного вмешательства: из 23 больных оперировано 12, или более половины.

Для того чтобы снизить летальность от различных пос-

леоперационных перитонитов, необходимо таким больным производить оперативные вмешательства более радикального характера и в ранние сроки.