

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ПЕРИТОНИТА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. А. ПЕТУХОВ

Кафедра факультетской хирургии

И. В. Давыдовский пишет, что секционный стол — это место не только морфологического, но и клинического исследования; здесь патологическая анатомия может быть подлинно клинической дисциплиной.

А. П. Баженова, В. А. Петров и другие считают, что выявление причин перитонита среди умерших может представлять практический интерес.

В. И. Стручков, Т. Е. Гнилорыбов, П. Л. Сельцовский

и другие сообщают, что наибольшая летальность среди больных с острыми хирургическими заболеваниями падает на больных с кишечной непроходимостью. При этом основное место среди причин смерти занимает перитонит.

За 19 лет (1946—1964) в двух больницах города Витебска после операций по поводу острой кишечной непроходимости умерло 143 больных; из них у 110 (76,9%) на вскрытии обнаружен перитонит. Мужчин было 70 (63,6%), женщин — 40 (36,4%). Возраст умерших — от 3 месяцев до 81 года, из них 78 (70,9%) имели возраст от 40 до 79 лет.

Виды острой кишечной непроходимости представлены в таблице 1. Странгуляционная кишечная непроходи-

Таблица 1

Виды острой кишечной непроходимости, при которых
развился послеоперационный перитонит

Виды непроходимости	Муж- чин	Жен- щин	Всего	%
Заворот тонких кишок	22	4	26	23,6
Заворот толстых кишок	16	5	21	19,1
Спаечная непроходимость	15	8	23	20,9
Узлообразование	3	6	9	8,2
Инвагинация	5	4	9	8,2
Тромбоз сосудов брыжейки и кишечника	6	1	7	6,4
Острая кишечная непроходимость на почве дивертикула Меккеля	1	3	4	3,6
Обтурационная непроходимость на почве опухолей кишечника	2	5	7	6,4
Острая кишечная непроходимость на почве обтурации просвета кишечника аскаридами	—	4	4	3,6
	70	40	110	100,0

мость (завороты, узлообразование, инвагинация, ущемление) была у 69 больных (62,7%), спаечная непроходимость — у 23 (20,9%), обтурационная — у 11 (10%), тромбоз сосудов кишечника — у 7 (6,4%).

Оперативные вмешательства в 63 случаях сопрово-

ждались вскрытием просвета полых органов (резекция толстых и тонких кишок, наложение обходных межкишечных анастомозов и кишечных свищей, энтеротомия, аппендэктомия, ушивание отверстия в кишке); в 14 случаях операции заключались в кровавых манипуляциях на кишечнике, не сопровождавшихся вскрытием его просвета (разделение брюшинных сращений, интестинопликация); в 29 случаях операции носили характер некровавых манипуляций на кишечнике (расправление заворота, выведение петли кишечника из брюшной полости, развязывание узла, дезинвагинация); в 4 случаях были обзорные, диагностические лапаротомии.

Серозно-фибринозный и фибринозный экссудат на вскрытии обнаружен 76 раз, фибринозно-гнойный и гнойный — 24, гангренозно-ихорозный — 3, каловый — 7.

Причины перитонитов при острой кишечной непроходимости разнообразны, но их можно систематизировать и свести в несколько групп. В 14 случаях причиной перитонита явилось расхождение швов кишечных анастомозов. Сюда же можно отнести и 1 случай кишечного свища, возникшего после операции Нобля. Многие авторы (Н. Г. Сосняков, А. П. Баженова, Т. Е. Гнилорыбов и др.) большинство случаев расхождения швов объясняют дефектами операции.

В 45 случаях причины перитонита были связаны с нарушением жизнеспособности кишечника, так как на вскрытии обнаружены некроз или гангрена кишки, тромбоз сосудов брыжейки. В подавляющем большинстве случаев, по-видимому, были допущены тактические ошибки — неправильная оценка жизнеспособности кишки во время операции, в результате чего кишка, сомнительная в смысле жизнеспособности, была опущена в брюшную полость, а не резецирована.

Таким образом, в 60 случаях (54,5%) причины перитонита связаны с инфицированием брюшной полости микрофлорой, поступающей из кишечника в результате нарушения целостности кишечной стенки, т. е. имел место вторичный послеоперационный перитонит. Непосредственной же причиной некротических процессов в кишечной стенке являются циркуляторные нарушения в виде тромбоза сосудов стенки кишки или брыжейки.

В 50 случаях (45,5%) на аутопсии не найдено видимых причин перитонита, был так называемый первичный

послеоперационный перитонит при держащих швах. Однако, внимательно анализируя данную группу, мы можем высказать некоторые предположения о причинах перитонита. Это или инфицирование брюшной полости кишечным содержимым во время операций, сопровождающихся вскрытием просвета полых органов (29 случаев), или микробная флора, находившаяся в брюшинных сращениях в виде дремлющей инфекции, которая активизировалась в результате разделения внутрибрюшинных сращений (7 случаев), или же, наконец, инфицирование из других очагов гнойных осложнений (3 случая). В 11 случаях причина перитонита осталась невыясненной (в 7 из них операции производились в 1946—1951 гг., до применения антибиотиков). Из 7 случаев перитонита после разделения спаек 5 также возникли в то время, когда антибиотики еще не применялись. Возможно, профилактическое применение антибиотиков смогло бы предупредить перитонит у 12 больных этой группы.

Следовательно, несмотря на кажущееся многообразие причин перитонита после операций по поводу острой кишечной непроходимости, все они сводятся к инфицированию брюшной полости: или вследствие недостаточности швов полых органов, или на почве их некроза, вследствие чего возникает вторичный перитонит, или же в результате инфицирования брюшной полости при держащих швах и без нарушения целостности полых органов — так называемый первичный перитонит. Последний с применением антибиотиков значительно снизился.

Выводы: 1. При острой кишечной непроходимости чаще встречается вторичный перитонит на почве расхождения швов и некроза органов.

2. В возникновении вторичного послеоперационного перитонита большую роль играют дефекты оперативной техники и тактические ошибки во время оперативного вмешательства.

3. С целью профилактики вторичного перитонита и дальнейшего снижения летальности от острой кишечной непроходимости необходима тщательная хирургическая техника при выполнении резекции кишечника и наложении межкишечных анастомозов.

4. При острой кишечной непроходимости необходимо строго придерживаться правила: если хирург сомневает-

ся в жизнеспособности кишки, он должен ее резецировать.

5. В целях профилактики послеоперационного перитонита при острой кишечной непроходимости необходимо шире использовать комплекс антибиотиков как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде.