

К ВОПРОСУ О ПУТЯХ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Доц. Н. А. ПЕТУХОВ (Витебск)

С целью изучения некоторых вопросов послеоперационного перитонита нами был произведен анализ летальности по данным прозектур города Витебска за 17 лет (1946—1963). За этот период в хирургических отделениях двух больниц умерло 1124 человека, которые были подвергнуты вскрытию. Перитонит был обнаружен в 527 случаях. Из 1124 умерших 886 страдали заболеваниями органов брюшной полости.

Как видно из таблицы 1, 722 больных умерли в ближайшие сроки после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, и у 478 из них (66,2%) при вскрытии обнаружен перитонит.

У 251 умершего (52,5%) перитонит развился после «чистых» операций, произведенных в плановом порядке по поводу различ-

Таблица 1

Частота перитонитов среди хирургических больных по данным проспектур
города Витебска за 1948—1963 гг.

Группы больных	Больные		Перитонитов	
	количество	%	количество	%
Оперированные на органах брюшной полости	722	64,2	478	90,7
Оперированные не на органах брюшной полости	110	9,8	4	0,8
Неоперированные:				
страдавшие заболеваниями органов брюшной полости	164	14,6	40	7,6
страдавшие заболеваниями других органов	128	11,4	5	0,9
Всего	1124	100,0	527	100,0

ных хронических заболеваний органов брюшной полости. 227 больных (17,5%) умерли после чревосечений, произведенных по экстренным показаниям по поводу острых заболеваний органов брюшной полости.

В данном сообщении мы рассматриваем только первую группу, т. е. умерших, у которых перитонит развился после плановых чревосечений по поводу хронических заболеваний. Так как у них до операции явлений перитонита не было, поэтому развитие его следует связать с оперативным вмешательством, т. е. у этой группы больных был послеоперационный перитонит в прямом и полном смысле этого слова. Мужчин было 156 (62,1%), женщин — 95 (37,9%). Возраст больных — от новорожденных до 80 лет.

Как видно из таблицы 2, умершие в возрасте 50 лет и старше составили группу 154 человека (61,4%), а если взять умерших от 40 лет и старше, то их было 211 (83,6%) человек [возраст от 40 до 50 лет не считается пожилым (ред.)].

С. М. Луценко, В. Я. Шлапоберский и другие сообщают, что среди умерших от перитонита большинство составляют люди пожилого и старческого возраста. Как видно из наших данных, большинство умерших составили также люди пожилого и старческого возраста. Это объясняется, на наш взгляд, рядом обстоятельств. Во-первых, такие заболевания, как рак органов брюшной полости, встречаются чаще у больных после 40 лет. Во-вторых, люди, страдающие язвенной болезнью, особенно при локализации ее в двенадцатиперстной кишке, оперируются, как правило, спустя много лет от начала заболевания, т. е. после того, как убедятся, что различного рода консервативные лечеб-

Таблица 2

**Возраст умерших от послеоперационного перитонита
после плановых операций**

Возраст в годах	Количество	%
до 20	7	2,8
20—24	2	0,8
25—29	10	3,9
30—39	21	8,4
40—49	57	22,4
50—59	94	37,6
60—69	51	20,5
70 и старше	9	3,6
Всего	251	100,0

ные мероприятия, диетотерапия и санаторно-курортное лечение оказываются безуспешными. Этих двух обстоятельств, пожалуй, вполне достаточно для объяснения того, что люди в 40 лет и старше относительно чаще оперируются по поводу тяжелых заболеваний органов брюшной полости (рак желудка и кишечника, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.) по сравнению с более молодыми. По нашим данным, эти больные составили свыше 80%.

Кроме того, важным фактором, ведущим к увеличению послеоперационных перитонитов у больных старше 40 лет, является развитие дистрофических изменений в жизненно важных системах, что приводит к значительному снижению компенсаторных возможностей организма ввиду слабой способности адаптационных механизмов, не могущих быстро и четко перестроиться в связи с новыми запросами, возникающими из-за оперативного вмешательства. А в связи с пониженной реактивностью организм пожилого человека не может справиться с начинающимся перитонитом, и процесс, как правило, прогрессирует. Все это вместе взятое и приводит к тому, что у людей пожилого и старческого возраста послеоперационный перитонит встречается чаще и он чаще является непосредственной причиной их смерти.

Из 251 умершего после плановых оперативных вмешательств, осложнившихся перитонитом, подавляющее большинство (179 чел., или 71,8%) составили больные с заболеваниями желудка. На долю всех остальных болезней приходится 72 умерших (28,7%), среди которых большую группу (26 чел.) составляют лица, страдающие заболеваниями толстого и тонкого кишечника.

Таблица 3

Плановые операции, осложнившиеся перитонитом

Заболевания	Мужчин	Женщин	Всего	%
Болезни желудка	119	60	179	71,3
Болезни кишечника	11	15	26	10,3
Болезни печени, желчных путей, поджелудочной железы и Фатерова соска	11	7	18	7,2
Болезни брюшины, забрюшинного пространства и мочевой системы . . .	11	3	14	5,6
Болезни женских половых органов .	—	7	7	2,8
Прочие	4	3	7	2,8
Всего	156	95	251	100,0

По поводу злокачественных опухолей различной локализации и стадии оперировано 173 больных — 64,9% (рак желудка — 123, рак толстого кишечника — 22, опухоли других органов — 28); по поводу заболеваний не опухолевой природы — 78 человек — 35,1% (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 50, другие заболевания — 28).

Радикальные оперативные вмешательства (тотальные гастрэктомии, резекции кардии, комбинированные и субтотальные резекции желудка, резекции толстого кишечника, экстирпации и ампутации прямой кишки и др.) произведены 180 больным; паллиативные операции (гастроэнтероанастомоз, холецистодуоденоанастомоз, наложение искусственного заднего прохода и др.) — 41 и пробные лапаротомии — 30 больным.

Причины перитонита, возникающего в послеоперационном периоде после плановых чревосечений, разнообразны, но их можно объединить в несколько групп:

1) недостаточность швов полых органов (расхождение швов культи двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечного анастомоза, пищеводно-кишечного анастомоза и др.) отмечена на вскрытии у 88 умерших (35%);

2) некрозы органов брюшной полости различной этиологии (циркуляторные некрозы, тромбозы сосудов, завороты и ущемления, панкреонекрозы, некрозы вследствие технических ошибок и т. д.) обнаружены у 77 умерших (30,6%);

3) первичный послеоперационный перитонит без дефектов швов полых органов и их некрозов установлен у 86 умерших (34,4%).

Из 251 больного, умершего при явлениях послеоперационного перитонита, повторному оперативному вмешательству подверглись 53 человека (21,1%). Оперативные вмешательства своди-

лись в основном к дренированию и тампонаде брюшной полости. Последняя осуществлялась различными путями: иногда через старый операционный разрез, но чаще при релапаротомии применялся дополнительный разрез брюшной стенки. Тампонадой, дренажем и подведением антибиотиков в брюшную полость ограничилось в 26 случаях. Кроме того, для отведения кишечного содержимого 18 раз были наложены свищи: 16 раз — илеостома, 1 раз — цекастома и 1 раз — аппендикостома. Два раза наложен свищ на желчный пузырь. В 7 случаях наложен дополнительный передний желудочно-кишечный анастомоз с межкишечным соустьем по Брауну.

Таким образом, все оперативные вмешательства носили паллиативный характер и были минимальными по объему, а не направлены на ликвидацию источника перитонита. Не было попыток ушить разошедшуюся культи двенадцатиперстной кишки или ликвидировать несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза. Одной из главных причин этого являются поздние сроки повторных вмешательств, так как слишком долго возлагаются надежды на консервативные лечебные мероприятия, в частности на антибиотики, которые наряду с большой пользой затуманивают и стирают картину послеоперационного перитонита и затрудняют своевременную диагностику. Поэтому в запущенных случаях настойчивость хирурга в попытках найти и ликвидировать источник перитонита может пойти на вред больному и закончиться смертью на операционном столе.

С целью профилактики послеоперационного перитонита в нашей клинике проводится комплекс мероприятий:

- 1) во время операции производится периодическое орошение брюшной полости комплексом антибиотиков;
- 2) в послеоперационном периоде продолжается периодическое или постоянное введение антибиотиков в брюшную полость и внутримышечно;
- 3) гормональная терапия (АКТГ, кортизон, гидрокортизон);
- 4) систематическая эвакуация желудочного содержимого;
- 5) борьба с послеоперационным парезом кишечника;
- 6) лечебные мероприятия общего характера.

Для лечения послеоперационного перитонита применяются паранефральная блокада по А. В. Вишневскому, промывания желудка, гипертонические и сифонные клизмы, внутривенное введение гипертонического раствора поваренной соли, а также раннее оперативное вмешательство и комплекс лечебных мероприятий общего порядка (переливание крови и белковых кровозаменителей, антибиотики, гормоны, витамины, сердечные средства, дезинтоксикационная терапия и др.).

Этот комплекс мероприятий позволил за последние годы значительно снизить число осложнений послеоперационным перитонитом и уменьшать летальность.

На основании изученного материала можно сделать следующие выводы:

1. Послеоперационный перитонит чаще возникает после операций по поводу злокачественных опухолей органов брюшной полости.

2. У $\frac{2}{3}$ умерших от послеоперационного перитонита на вскрытии обнаруживается несостоятельность швов или некрозы органов брюшной полости.

3. Для профилактики послеоперационного перитонита необходимо:

а) повышать индивидуальное техническое мастерство хирургов;

б) избегать травмирования поджелудочной железы при резекциях желудка;

в) не оперировать в периоды обострения язвенной болезни;

г) тщательно соблюдать асептику и антисептику;

д) не допускать дуоденостазов;

е) шире применять антибиотики во время операции и в послеоперационном периоде.

4. Необходимо разрабатывать раннюю диагностику послеоперационного перитонита.

5. При подозрении на послеоперационный перитонит следует производить ранние релапаротомии с ликвидацией его источника.