

М.И. Прудков

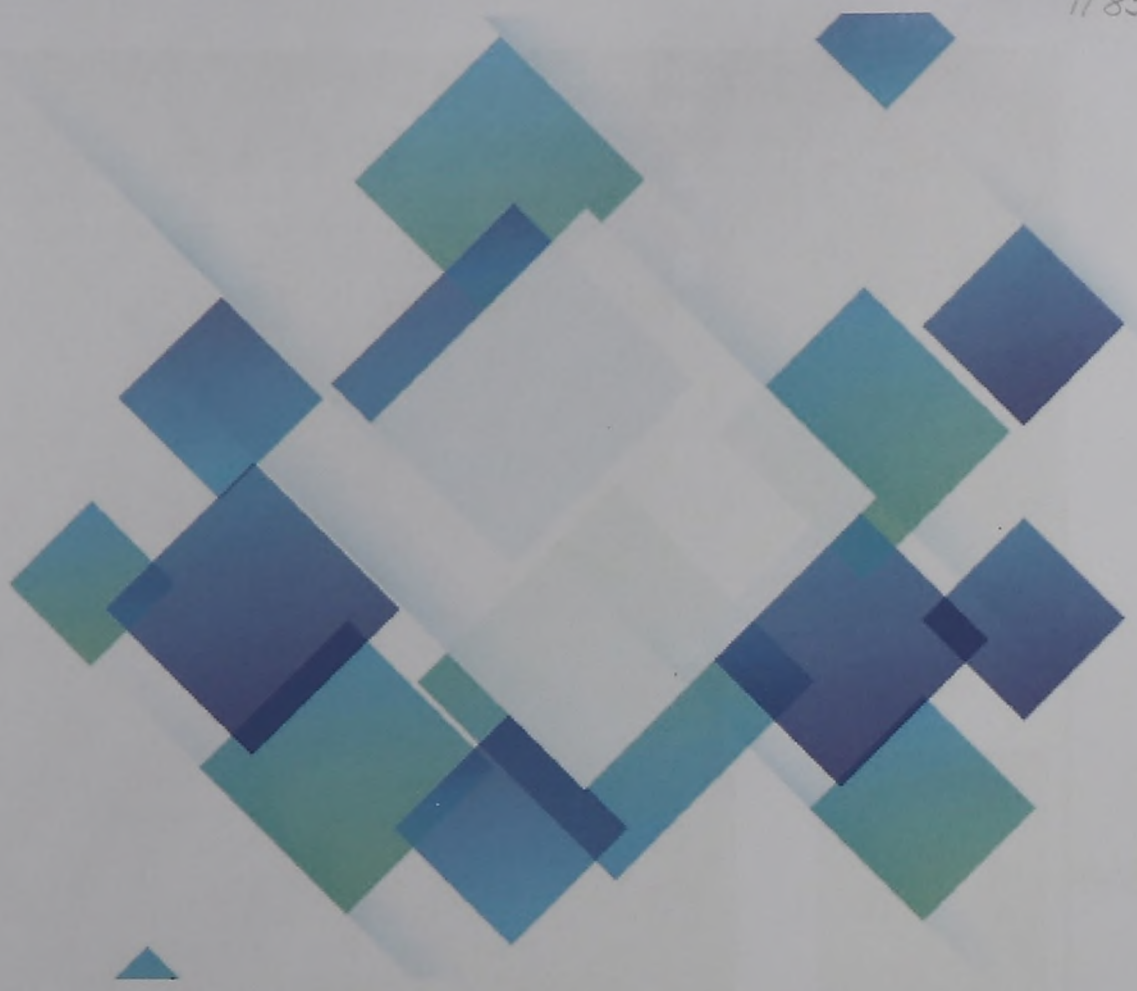


ПУТЬ В ХИРУРГИЮ

Актováя речъ

8 апреля, 2021 год
Екатеринбург

61(091)
1785



ЧАСТЬ 1. ПУТЬ В ХИРУРГИЮ

Библиотека УГМУ



70044039



ПРУДКОВ
Михаил Иосифович

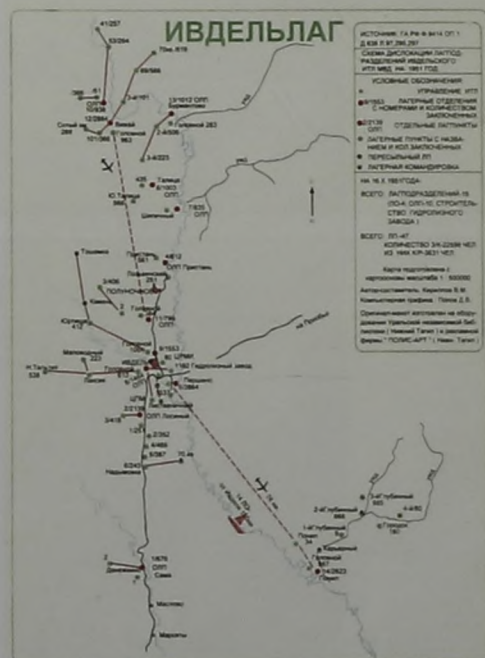
- Заведующий кафедрой хирургии, колопроктологии и эндоскопии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.
- Доктор медицинских наук, профессор.
- Хирург высшей квалификационной категории.
- Заслуженный врач Российской Федерации.
- Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники.
- Главный хирург Свердловской области и Уральского Федерального округа
- Работа в общественных организациях:

Общество врачей России;
Российское общество хирургов;
Российское общество эндоскопических хирургов;
Ассоциация хирургов-гепатологов стран СНГ;
Медицинская палата Свердловской области.

Редакционные советы и редакционные коллегии
всероссийских журналов:
«Хирургия им. Н.И.Пирогова»;
«Вестник хирургии им. И.И. Грекова»;
«Анналы хирургической гепатологии».

414075-АН

Мой путь в хирургии начался еще до моего рождения, когда мой будущий отец Прудков Иосиф Давидович, окончив в 1952 году Свердловский государственный медицинский институт, на распределении вместо предложенной ему Аркадием Тимофеевичем Лидским ординатуры получил направление в Ивдель. Вместе с ним, вместо предложенного на распределении места в Свердловске, в Ивдель поехала выпускница педиатрического факультета Валентина Ивановна Чернова.



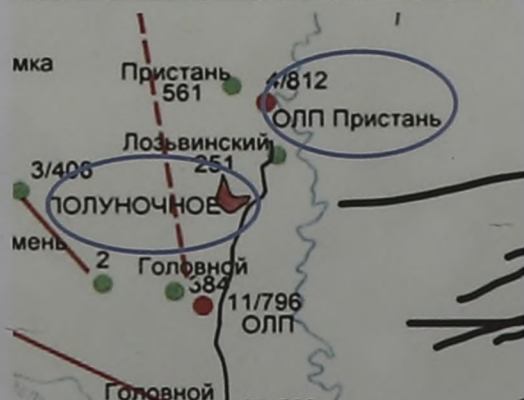
А.И. Лидский
хирург, член-корреспондент
АМН СССР, Заслуженный
деятель науки РСФСР



А.Ф. Зверев
ректор СГМИ
1952-1962 гг.

1952 год — РАСПРЕДЕЛЕНИЕ

В Иделе оказалось, что Прудков распределен еще дальше — на станцию Пристань врачом медпункта в женском лагере. Мама поехала за ним в соседнее Полуночное. Для того чтобы стать хирургом, Иосиф Прудков надел погоны и стал лейтенантом медицинской службы.





Ивдель, 1960.
В первый класс!



Дамка — охотник, сторож и нянька



Вскоре Иосиф Прудков был переведен в Ивдель, где было хирургическое отделение. Вслед за ним в Ивдель перебралась и моя будущая мама. Летом 1953 года в Ивделе родился я, а через 3,5 года и мой младший брат Александр. Там же я пошел в школу.

Отец проработал в Ивделе 9 лет, вместо положенных 3-х, и закончил работу главным хирургом Ивдельлага в звании капитана медицинской службы. Отец был еще и судебно-медицинским экспертом. И в качестве судебно-медицинского эксперта участвовал в исследовании причин трагедии группы Дятлова.

Конечно, вся атмосфера в доме была пропитана разговорами о медицине и хирургии. И это не могло не повлиять на выбор специальности. Я и мой брат с детства мечтали стать хирургами, как отец. И стали!



B

11, 4

рүрг

Васил



влек



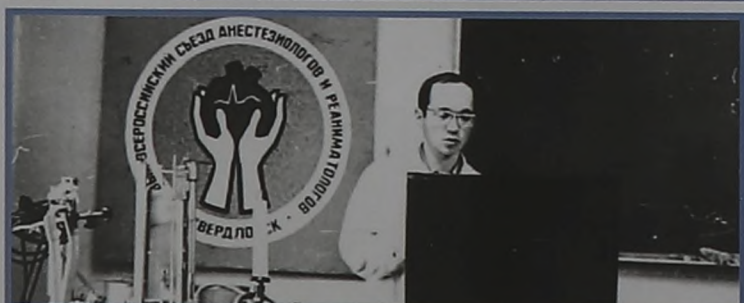
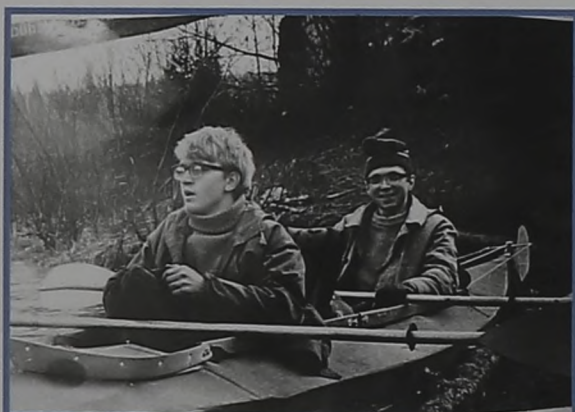
Проф

В 1970 году я поступил на лечебно-профилактический факультет Свердловского мединститута. Учился как все. Ходил в походы, сплавлялся по рекам. Работал в стройотряде. Был председателем хирургической секции студенческого научного общества. Как и многие другие будущие хирурги, с 3-го курса начал, как сейчас говорят, «волонтерить» на дежурствах по оказанию неотложной хирургической помощи. Первую самостоятельную аппендэктомию выполнил на 4-м курсе. В эти же годы начал заниматься наукой. Под руководством ассистента кафедры биохимии Евгения Ильича Маевского (в настоящее время — известный российский ученый, доктор медицинских наук, профессор, Лауреат премии «Призвание» и премии Правительства России по науке и технике в области медицины, заместитель директора Института теоретической и экспериментальной биофизики РАН) исследовал по вечерам возможности растворения желчных камней.



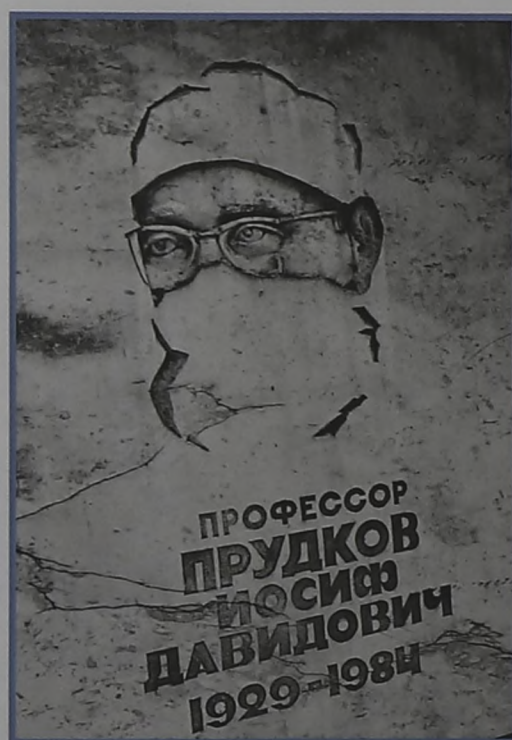
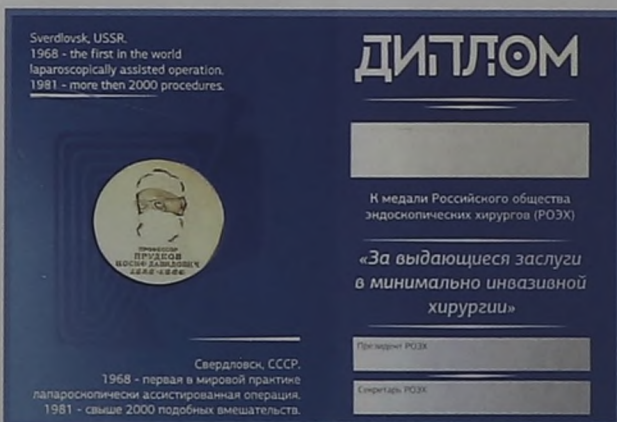
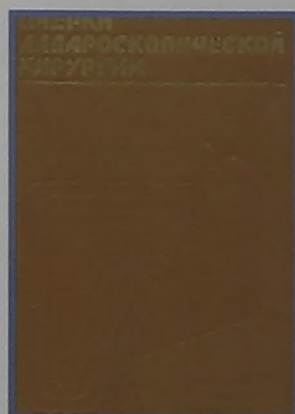
На фото слева наш прикрепленный преподаватель кафедры иностранных языков Викторина Васильевна и 4 студента нашей группы — будущие доктора медицинских наук: профессор Лев Моисеевич Гринберг (заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины), доктор медицинских наук Борис Васильевич Фадин (родоначальник трансплантологии на Урале, пересадивший первым почку), будущий академик РАН Караулов Александр Викторович и ваш покорный слуга

На фото ниже (рулевой в байдарке) — еще один мой одноклассник и одногруппник — будущий кардиохирург Юрий Александрович Завершинский, впоследствии первый на Урале пересадивший сердце



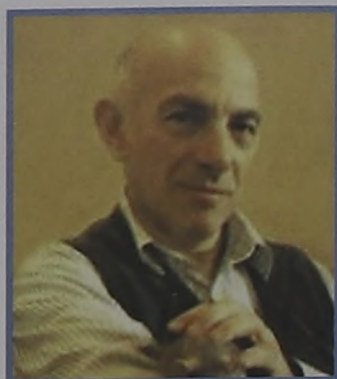
В интернатуре вместе с моими друзьями по классу, группе и будущей профессии нас учили доцент кафедры **Ростислав Михайлович Шевченко**, профессора **Милослав Станиславович Савичевский**, **Евгений Ильич Маевский**.

После окончания института наш выпуск был распределен по больницам Свердловска. Я попал в отделение гнойной хирургии областной больницы. Потом была 40-я больница, потом 27-я.



Мой главный учитель и наставник — Прудков Иосиф Давидович!

Первым и самым главным моим учителем был мой отец. Он прожил недолго, всего 55 лет. Был блестящим разносторонним хирургом. Оперировал сердце, органы грудной и брюшной полостей. В последние годы специализировался на больших реконструктивных операциях на внепеченочных желчных путях, пищеводе, желудке и толстой кишке. Начал научную карьеру очень поздно — в 35-летнем возрасте. Но она была очень яркой. В 39 лет выполнил первую в мировой практике полостную операцию с помощью линзового лапароскопа и стал основоположником мировой лапароскопической хирургии. Не удивляйтесь (!), Свердловск — родина мировой лапароскопической хирургии.

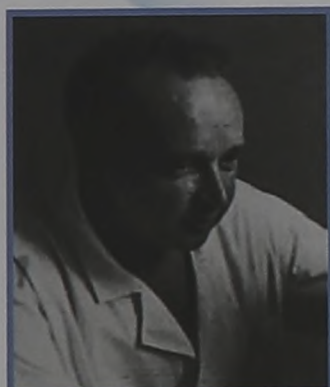


Профессор
Евгений Ильич Маевский –
лауреат премий «Призвание»
и Правительства РФ
по науке и технике

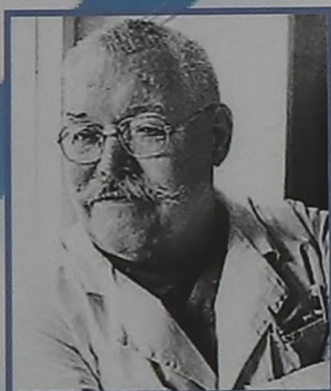
Доцент
Ростислав Михайлович
Шевченко



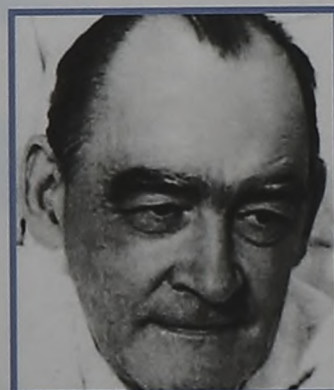
МОИ УЧИТЕЛЯ



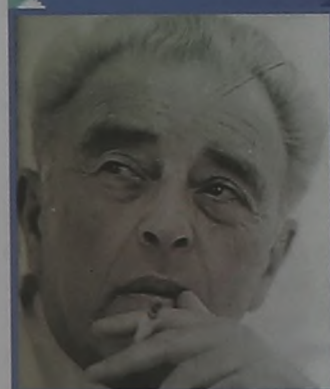
Зиберт
Александр
Георгиевич



Мальгин
Борис
Дмитриевич



Профессор Савичевский
Милослав
Станиславович



Профессор Шулутко
Михаил
Львович



Профессор Козлов
Виктор
Андреевич



Академик РАН
Савельев
Виктор Сергеевич

Мне вообще везло с учителями. Первый — заведующий отделением **Александр Георгиевич Зиберт** — потомственный врач и удивительный человек. Поволжский немец, сосланный на Урал во время войны. После освобождения работал в 23-й больнице. Кандидат медицинских наук.

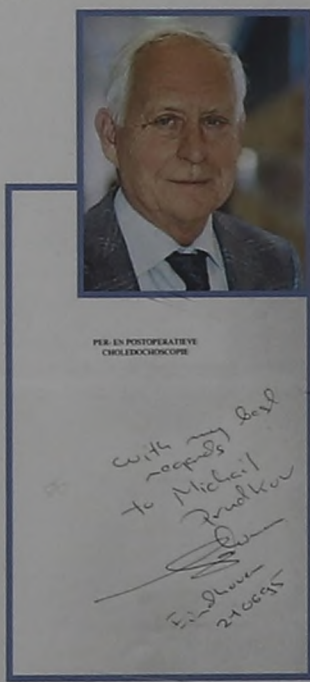
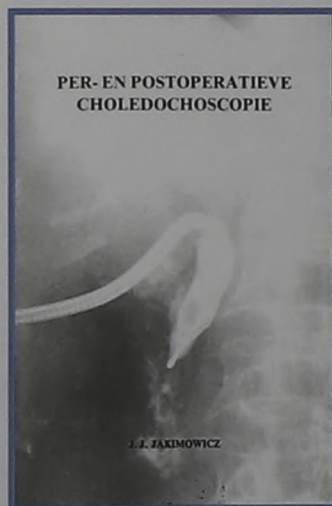
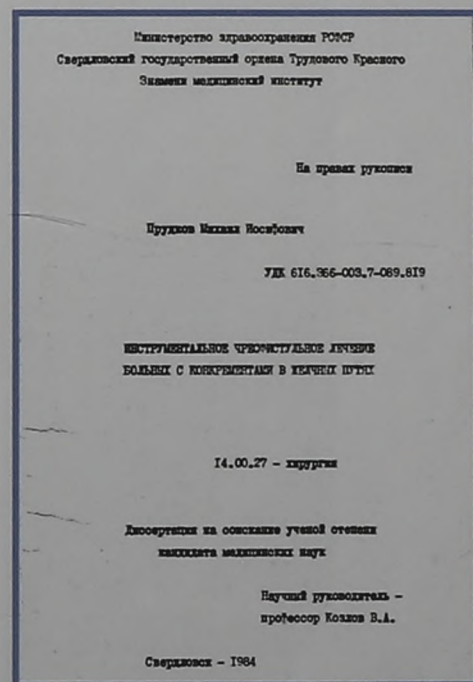
Мальгин Борис Дмитриевич — великолепный клиницист, потомственный хирург из поколения земских хирургов. Сын Дмитрия Ивановича Мальгина — заслуженного врача-хирурга из Ирбита, кавалера ордена «Знак почета», в честь которого в свое время проходили Всероссийские Мальгинские чтения.

Профессор **Милослав Станиславович Савичевский** — дворянин, основатель нашей кардиохирургической школы, где мне посчастливилось проходить субординатуру и интернатуру по хирургии. Во многом благодаря царившей там обстановке к концу 6-го курса у нас за плечами было свыше 100 аппендэктомий у каждого.

Профессор **Михаил Львович Шулутко**, в экспериментальной лаборатории которого мне было позволено выполнять экспериментальную часть исследований при выполнении кандидатской и докторской диссертаций. Известный российский хирург, автор 3-х руководств, изданных в советское время в Париже и Нью Йорке.

Профессор **Виктор Андреевич Козлов** — лауреат Государственной Премии СССР, непревзойденный организатор, который учил меня методологии научной работы.

И, наконец, академик **Виктор Сергеевич Савельев**, под руководством которого мне довелось поработать в составе экспертной группы, разрабатывавшей национальные клинические рекомендации по абдоминальной хирургической инфекции.



Кандидатскую диссертацию защитил в 1984 году по модификации методики безоперационного удаления желчных камней. Эта технология до настоящего времени является основой этапного оказания помощи больным с осложненными формами желчнокаменной болезни в Свердловской области.

Спустя 10 лет оказалось, что примерно в это же время в Голландии и примерно на эту же тему была защищена диссертация Генеральным секретарем Европейской ассоциации эндоскопической хирургии профессором Якимовичем. Правда, это была докторская диссертация. (На фото экземпляр его диссертации с дарственной надписью.)

**КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
НА ФАКУЛЬТЕТЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ**



Никифоров
Алексей
Иванович
главный хирург
МЗ СО



Ястребов
Анатолий
Петрович
Ректор СГМИ
Член-корр. РАН



Стародубов
Владимир Иванович
Зам. министра
здравоохранения РСФСР
Академик-секретарь
отделения медицинских
наук РАН

В 1990 году по инициативе 14-й больницы и Министерства здравоохранения Свердловской области была организована новая кафедра, я стал ее заведующим и получил возможность работать самостоятельно. Клинической базой кафедры стал хирургический корпус 14-й больницы.

После внедрения современных технологий и дооснащения хирургическая служба больницы стала одной из ведущих клиник страны, специализирующихся на оказании неотложной хирургической помощи. Основой реформы стали видеолaparоскопия и открытые эндохирургические операции из малых разрезов. На ее базе было проведено множество межрегиональных и общероссийских конференций и мастер-классов. Результаты этой работы послужили основой для разработки Уральских, а затем и общероссийских клинических рекомендаций.



Уральский Федеральный округ



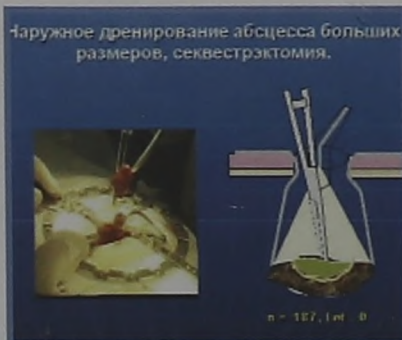
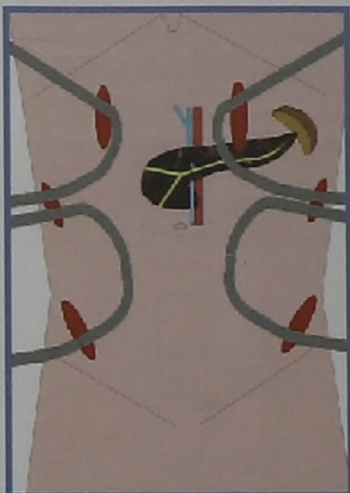
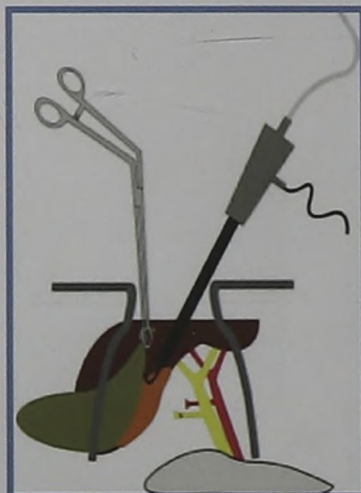
**“Рекомендуемые протоколы
оказания неотложной
хирургической помощи
населению”**

под общей редакцией профессора М.И. Прудкова

(Отмечены на хирургическом Совете УРФО
“13” октября 2006 г.)

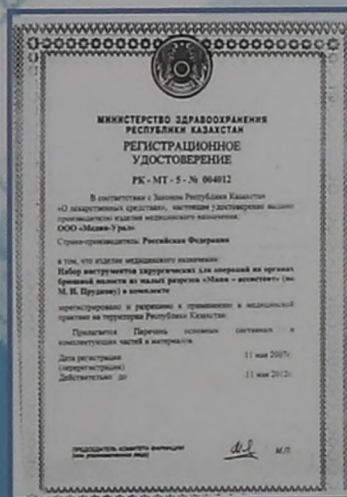
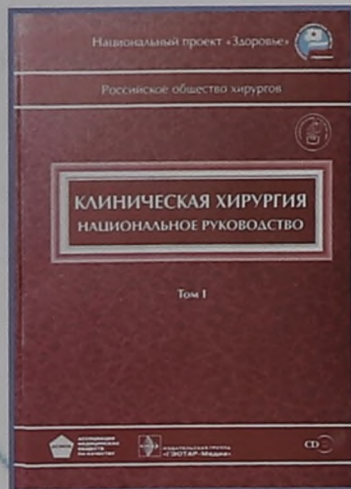
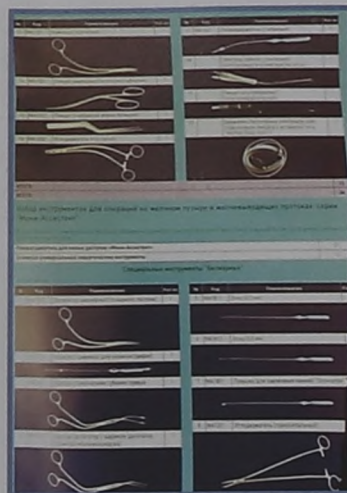
Екатеринбург, 2007 г.

Самой удачной научной разработкой стали открытые эндохирургические операции из малых разрезов в абдоминальной хирургии. Это был новый вид средних по объему хирургических операций, отличавшихся простотой и минимальной травматичностью. Оказалось, что из разрезов длиной 3-5 см возможно выполнять целый ряд операций на внепеченочных желчных путях, поджелудочной железе, желудке, печени, брюшной аорте, на прямой кишке. Позднее аналогичная технология оперирования появилась в урологии и гинекологии.

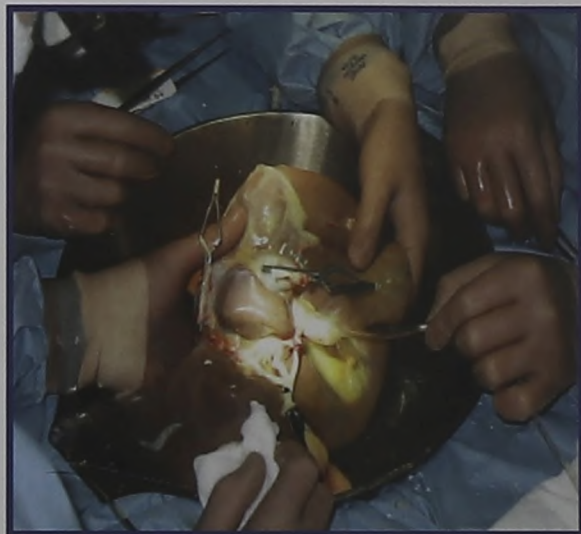


Свыше 100,000 операций в Башкортостане, Свердловской и Челябинской областях. 8% всех холецистэктомий, выполненных в РФ

Это потребовало разработать свыше 100 хирургических инструментов, сертифицировать их и внедрить в серийное производство. В общей сложности на них получено 25 патентов. Для обоснования пришлось разработать общую теорию минимально инвазивной хирургии. Она получила признание и была включена отдельным разделом в общенациональное руководство по клинической хирургии. По результатам этой работы в 1994 году в Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова мне была присуждена степень доктора медицинских наук без написания диссертации. Собственно и за это впоследствии была вручена Премия Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

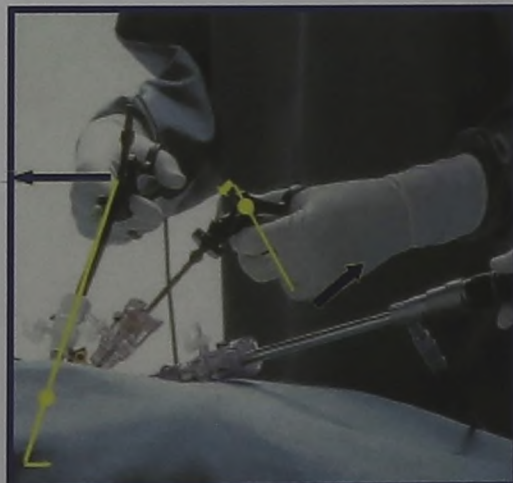
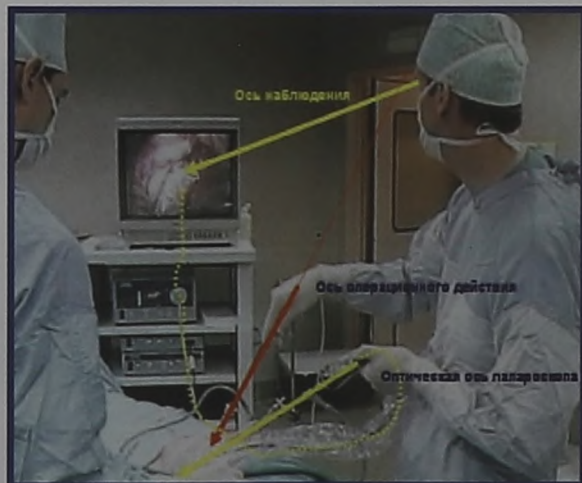


С 1997 года второй клинической базой кафедры стала Областная клиническая больница № 1. Основной профиль ее работы – высокие хирургические технологии. 16 июня 2005 года в областной больнице состоялась первая трансплантация печени. Это была первая операция не только на Урале. Впервые пересадка печени была осуществлена за пределами Москвы и Санкт Петербурга и не в федеральном учреждении, а в обычном учреждении практического здравоохранения. За это я получил почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».



СОКБ № 1. 16 июня 2005 года первая трансплантация печени на Урале

Эндовидеохирургия – великолепная, но очень непростая технология. Хирургу приходится манипулировать, наблюдая за объектом вмешательства, расположенным не там, где он находится, а на экране. Ассистент видит объект операции как бы отраженным в зеркале. Тактильные ощущения искажены, а все движения инструментов в брюшной полости происходят в направлении, обратном движениям рук и пальцев.

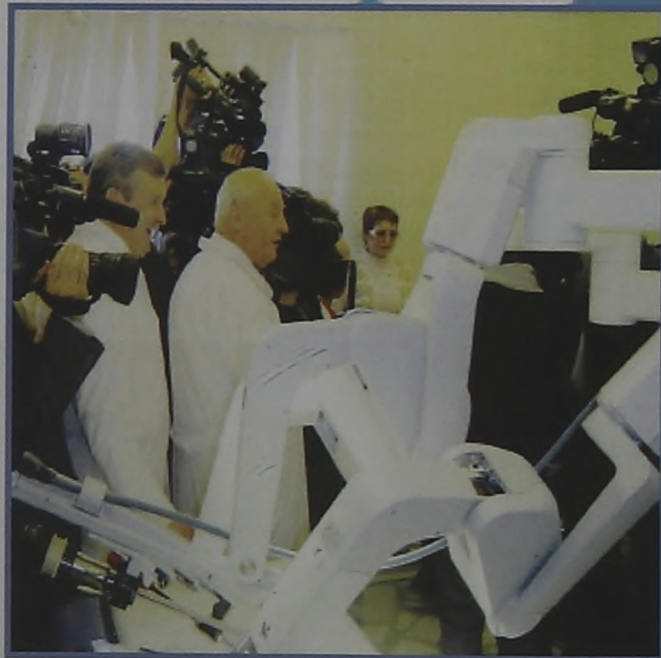


Технология компьютерной обработки изображения и роботизированной корректировки работы инструментами позволяет избавиться от этих ограничений. Требовалось начать ее внедрение в отечественную практику.

В октябре 2007 года впервые в России такая операция была выполнена мною. В последующем эти операции стали применяться в Москве, Санкт Петербурге и многих других городах.



**ПЕРВАЯ
РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ
ОПЕРАЦИЯ В РОССИИ
(ЕКАТЕРИНБУРГ, 14:00,
4 ОКТЯБРЯ 2007 ГОДА)**



Хирургический комплекс da Vinci S 1.1

Конечно, в этой работе кроме меня участвовали сотрудники кафедры, большие коллективы врачей 14-й и областной больниц, медицинских компаний «САН» и «Лига-7», инженеры и рабочие производственных компаний «Мед-ин-Урал» и «Фотек», а также научные сотрудники, выполнившие в нашем университете 16 кандидатских и 8 докторских диссертаций.

ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК



Галимзянов Ф.В.



Нишневич Е.В.



Фадин Б.В.



Мейлах Б.Л.



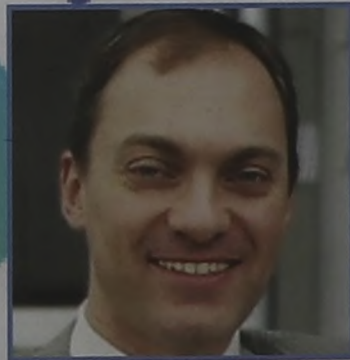
Столин А.В.



Чернядьев С.А.



Амонов Ш.Ш.



Натрошвили И.Г.



ЧАСТЬ 2.

**ПЕРИТОНИТ И СЕПСИС.
ИСТОРИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

Сепсис — очень старое понятие, трактовка которого неоднократно менялась на протяжении веков. Не так давно никто особенно не сомневался, что выводить его следует из общего заражения крови. В толковых словарях XX века термин «сепсис» трактуется так:

■ Сепсис — общее обозначение для всякого заражения... Клиническая терминология (Klinische Terminologie. Roth.1878. Изд. Москва. 1930).

■ Сепсис (от греч. Sepsis — гниение)... (Советский энциклопедический словарь, 1980).

■ Сепсис — общее заражение организма болезнетворными микроорганизмами, попавшими в кровь (Ожегов С.И. Словарь русского языка, 1983).

■ Сепсис (sepsis; греч. — гниение)... (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984).

■ Сепсис (гр. гниение) — тяжелое инфекционное заболевание... (Современный словарь иностранных слов, 1992).

■ Сепсис (др. греч. — σῆψις — гниение).

А Оксфордский этимологический словарь, специализирующийся на историческом происхождении слов, связывает происхождение слова «сепсис» не с гноем, а с каракатицей. И действительно, на латыни гной звучит как pus; lat., а на древнегреческом как Πύον [пион]. Соответствующие термины пулентная флора, пиогенная капсула, эмпиема. Но это местные процессы, напрямую не связанные с системными поражениями.

Но почему каракатица? На древнегреческом название этого моллюска звучит как сепия. Только ли в близком звучании дело? Дело в том, что сепия — это не только моллюск, это еще и красящее вещество, выделяемое этим моллюском для защиты в момент опасности, любая другая краска того же цвета, фотографии и другие изображения, выполненные в этой цветовой гамме.

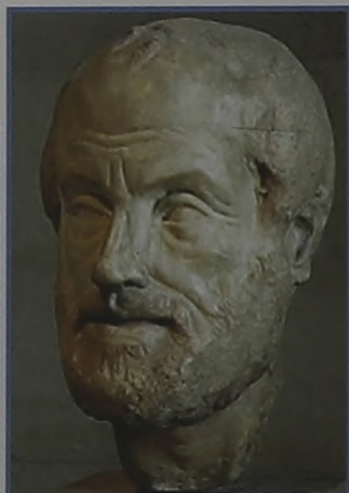
Сегодня древние термины кажутся надуманными, сложными и оторванными от реальности. В отрыве от исторического прошлого трудны для понимания. В те времена все нужно было сводить к 5-ти первоэлементам (они же стихии): воздух, вода, земля, огонь и эфир. Сегодня очень трудно себе представить такую многокомпонентную смесь. Но если задуматься, за этими «стихиями» начинают проступать вполне современные понятия «газ», «жидкость», «твердое тело», «плазма» и даже «волновое излучение». Это за 300 лет до Рождества Христова.

Доказательность во времена Гиппократ и Аристотеля.

Бесформенная материя — небытие.

Первично оформленная материя выражена в виде пяти первоэлементов (стихий): воздух, вода, земля, огонь и эфир (небесная субстанция).

И вдруг, через древние архаичные понятия проглядывают самые современные **газ, жидкость, твердое тело, плазма и волновое излучение!**



Аристотель
384-322 год до н.э.

Основанная на метафизике теория темперамента доминировала в медицине на протяжении многих веков. Темперамент в переводе с латинского — устойчивая смесь все тех же элементов, правда только четырех из пяти. Эфир оказался не востребовавшимся. Каждый элемент символизировал одну из основных жидкостей (соков) организма, их устойчивое соотношение в организме характеризует его особенности, а нарушение этих взаимоотношений означает болезнь.

Символ желчи — первоэлемент «огонь». Но это не означает, что темперамент «холерик» — это человек с желчным характером. Это человек-огонь. Сангвиник — не гипертоник, а флегматик не страдает лимфатическими отеками. Это просто символы, характеризующие основные типы организмов. Кстати, «меланхолик», строго говоря, вообще не имеет прямого отношения к «черной желчи». Его первоэлемент — «земля».

Тот же очень сложная и далекая от нас сегодняшних система понятий. Но ... из нее снова проглядывает очень простое определение, основанное на визуальной аналогии: сепсис — это отравление гноем всех жизненных соков.



Сепия каракатицы в воде — прямая визуальная аналогия распространения гноя в жидкостях.

Гной — мутный экссудат желтовато-зеленого цвета, состоящий из богатой белком жидкости, распадающихся лейкоцитов, погибших клеток воспаленной ткани и (обычно) патогенных микробов (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1984).

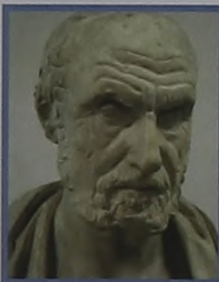
Распространение краски каракатицы в воде. По цвету она очень напоминает гной, а ее распространение дает четкое представление о механизме распространения гноя в жидкостях организма больного. Простое определение, которое переживает века!

Сепсис — это отравление гноем всех жизненных соков!

Теория темперамента

(лат. *temperamentum* — устойчивая смесь компонентов)

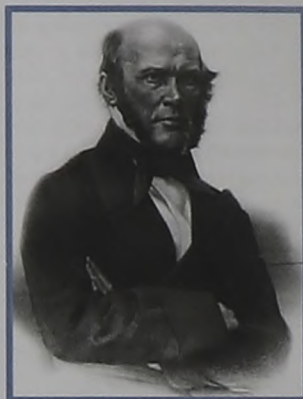
- Темперамент и состояние здоровья человека определяются преобладанием одного из 4-х основных соков (элементов).
- Желтая желчь (др.-греч. χολή — «желчь, яд», элемент «огонь»).
- Кровь (лат. *sanguis* — «кровь», элемент «воздух»).
- Лимфа (др.-греч. φλέγμα — «мокрота», элемент «вода»).
- Черная желчь (др.-греч. μέλαινα χολή — «черная желчь», элемент «земля»).



Гиппократ
460-ок. 370 до н.э.



Гален
129 (131) -200 (217)



Н.И. Пирогов
1810-1881

Из учебника в учебник, из статьи в статью переходят сентенции о блестящем уме и дерзких идеях выдающегося российского хирурга Николая Ивановича Пирогова. В их числе топографическая анатомия, ставшая классикой, и идея искусственного сустава, над которой тогда потешались. Он во многом опередил свое время.

Небольшой пример — теория «госпитальных миазм». Миазм или миазма в переводе с древнегреческого — скверна, загрязнение. Ранее считалось, что продукты гниения, испаряющиеся из почвы и болотной воды, через воздух могут заражать человека.

Пирогов приходит к мысли о том, что раневое отделяемое источает специфические миазмы, заражающие не только перевязочный материал, но стены госпиталей. За 3 года до появления работ Листера Пирогов пишет: «Миазма не есть, подобно яду, пассивный агрегат химически действующих частиц, она есть что-то органическое, способное развиваться и возобновляться». И он объявляет войну с этой заразой. Призывает использовать спирт, йод, марганцовокислый калий и азотное серебро. Заставляет сжигать дефицитные в то время перевязочные материалы.

Кто же сегодня этого не знает? Но Николай Иванович жил и работал задолго до того, как эти идеи стали обязательными для медицинских учреждений.



Картина Томаса Эйкинса «Клиника доктора Гросса». В известной американской клинике того времени идет показательная операция для студентов и врачей. Мы видим небольшой амфитеатр, служащий операционной. Старший хирург в обычном халате уверенно руководит ходом операции. Над больным склонился набриллированный оперирующий хирург с холеными усами и двое его помощников. Операционная сестра в нарядном сарафане и кокошнике. Видны еще 23 человека, попавших на картину. Прижавшись друг к другу, они напряженно слушают и пытаются рассмотреть детали операции. Вероятно, их намного больше, поскольку изображена только часть амфитеатра. Общая идея картины вполне понятна — предать напряжение и желание аудитории понять, в чем секрет успешности мастера. Но художник, сам того не желая, дает ответ на вопрос: почему хирургия в те времена — это искусство? Операционная рана ничем не защищена от инфицирования и ее заражение в этих условиях практически неизбежно. Эта яркая характеристика уровня санитарных представлений того времени. И написана эта картина через 8 лет после смерти Пирогова и войны, объявленной им госпитальным миазмам. Хирургия в те времена оставалась искусством, достигавшим цели только у мастеров, да и то не всегда.



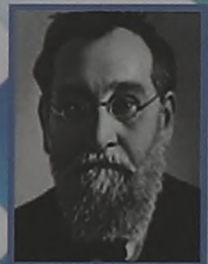
История появления разрезов и пуговиц на рукавах пиджака напрямую связана с повседневной жизнью хирурга. Пиджак был его рабочей одеждой: нужно иметь приличный вид, а к работе быть готовым в любой момент, независимо от того, где произошло несчастье: в помещении, на улице, в полевых условиях в ходе военных действий. Поэтому на хирурге всегда был пиджак, рукава которого в любой момент можно было расстегнуть, закатать и приступить к оказанию помощи, не пачкая одежду. (На изображении хирурги в жилетах, пиджаках и с бабочками, распыляющие карболовую кислоту над операционным полем.)

Все изменилось после фундаментальных открытий на рубеже XIX и XX веков, после которых стали понятными причины, пути распространения, механизмы развития и профилактики раневой инфекции.

Фундаментальные открытия произвели революцию в хирургии. Операции стали успешными для большинства больных и получаться у большинства хирургов. Стало понятно, что нужны знания, необходимы инструменты и оборудование, нужно учиться. Успехи хирургии, как науки, были настолько быстрыми и головокружительными, что многим начало казаться, что хирургия зашла в тупик: все известно и ничего нового уже не появится. Это было доминирующей точкой зрения в Европе.



Л. Пастер
(1822-1895)
Микробиологи
болезней



И.И. Мечников
(1845-1916)
Фагоцитоз



Р. Вирхов
(1821-1902)
Теория
воспаления



Р. Кох
(1843-1910)
Экспериментальная
модель септицемии

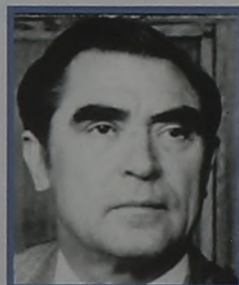


И.Ф. Зиммельвайс
(1818-1865)
Асептика

Спротивоположной точкой зрения в дискуссию вступает другой известный хирург — **Сергей Петрович Федоров** в статье «Хирургия на распутье». За кадром остается крепнущее ощущение всего хирургического сообщества, что извечный бич хирургии — раневой сепсис, наконец, побежден. Фраза об этом с облегчением кочует из учебника в учебник на протяжении десятилетий. Всем кажется, что от всей этой огромной беды осталась небольшая проблема генерализации инфекции из небольшого очага. Но это не так.

Проблема сепсиса никуда не делась. Сегодня это проблема обширных ран и их массивного заражения!

Михаил Ильич Кузин в своей известной монографии «Раны и раневая инфекция» (1981) пишет другое: «По нашим данным, сепсис от небольшого первичного очага возник всего у 4-5% больных. В остальных наблюдениях сепсис развился на фоне тяжелых гнойных хирургических заболеваний или обширных гнойных ран и разможением и некрозом мягких тканей».



Кузин Михаил Ильич
1916-2009

Теперь несколько слов о перитоните.

В лекциях и дискуссиях о перитоните нередко можно встретить псевдо-исторический афоризм, призванный иллюстрировать остроту проблемы: «Я и мое поколение хирургов воспитано в страхе перед Богом и перитонитом». Страх перед перитонитом и операциями на брюшной полости был действительно очень велик на протяжении тысячелетий. Но в реальности это известное высказывание принадлежит немецкому хирургу Вегнеру и звучит совершенно по-другому.

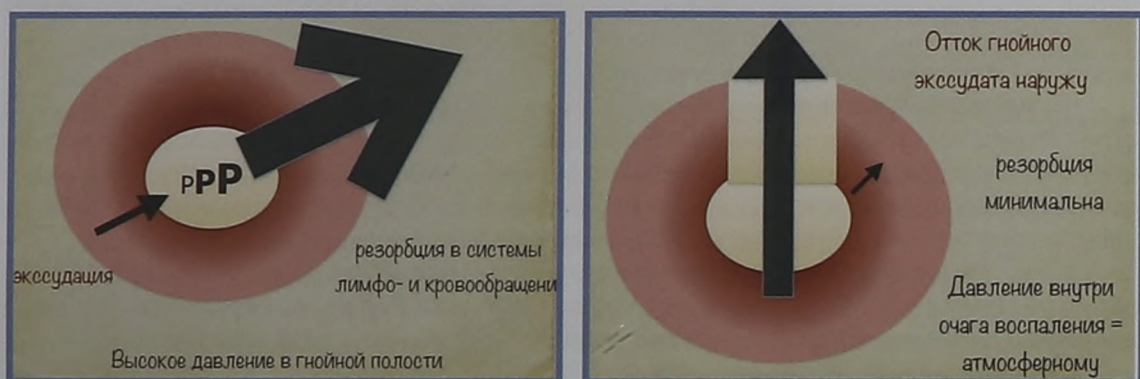
В своем выступлении на Конгрессе в 1876 году Вегнер заявил, что извечный страх перед вскрытием нормальной брюшной полости, навязанный общепринятым мнением как грех, равный преступлению перед Господом, нужно отвергнуть. Ничего сверхъестественного в операции на измененной брюшной полости нет. Это просто рана, к тому же в какой-то степени защищенная брюшиной.

Так что же такое перитонит? Инфекция перитонеума — нескольких десятков граммов воспаленной пленки, покрывающей внутреннюю поверхность брюшной полости или гигантской по площади гнойной раны, покрытой этой самой пленкой?

Дискуссия шла на протяжении всей истории хирургии, однако методы лечения перитонита во все времена подспудно свидетельствовали в пользу аналогии с гнойной раной.

Что такое перитонит? Воспаление брюшины (тонкой пленки) или гигантская гнойная рана, в которой воспаленные ткани покрыты этой самой пленкой?	
<i>Исторические документированные варианты санации брюшной полости при перитоните</i>	<i>Современные способы лечения гнойных ран</i>
Выведение гноя из брюшной полости небольшими разрезами в подвздошных областях (Эризострат, III в. до н.э.)	Дренирование гнойников
Лапаротомия с однократной санацией брюшной полости (McDowel, 1809)	Первичная хирургическая обработка инфицированной раны с ее ушиванием и «закрытым» ведением
Лапаротомия с многократными санациями брюшной полости «по требованию» или «по программе»	Открытое ведение гнойных ран, перевязки
Лапаростомия (Mikulicz- Radecki, 1884; Макоха, 1949)	Этапное ведение гнойных ран в соответствии с динамикой раневого процесса (открытый этап, раннее ушивание раны после ее очищения)
Этапное ведение брюшной полости в соответствии с динамикой воспаления брюшины и септических проявлений	

В этом нет ничего удивительного. Организм пытается отграничить очаг инфекционного воспаления, создавая барьер на его границах, но вынужден резорбировать из него продукты воспаления. В результате экссудативных процессов в очаге воспаления растет давление, которое резко усиливает резорбцию и создает угрозу прорыва инфекции за пределы очага. Ситуация критически меняется после прорыва гноя наружу. Теперь давление в очаге выравнивается с атмосферным и воспаленные ткани получают возможность выздоровления, вымывая наружу бактериальную флору вместе с раневым экссудатом.



Гнойный очаг до и после дренирования

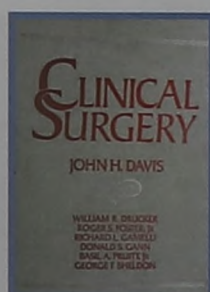
ПЕРИТОНИТ И СЕПСИС

Официальная наука в разные времена придерживалась разных точек зрения относительно взаимосвязи сепсиса и перитонита.

В XX веке до 80-х годов ни в одной монографии, посвященной перитониту в нашей стране или за рубежом, термин «сепсис» даже не упоминается. Впервые он приведен в международном руководстве по клинической хирургии, изданном большой группой авторов под общей редакцией Дэвиса в 1987 году. В ее теоретическом разделе есть единственная фраза о том, что молниеносное течение распространенного перитонита может приводить к сепсису и септическому шоку.

С другой стороны, еще в XIV века Амбрауз Паре не сомневался, что перитонит является одной из причин общего заражения крови.

Компромиссный вариант был предложен профессором Кириллом Семеновичем Симоняном.





В центре Кирилл Семенович Симонян в школьные годы. Слева над ним его школьный друг Солженицын. Именно ему Солженицын писал провокационные письма с фронта, зная, что они проходят через военную цензуру. В отличие от еще одного приятеля Симоняна на них не отвечал и, может, это помогло ему потом стать сотрудником института скорой помощи им Н.В. Склифосовского. Остальные, к сожалению, отвечали и поплатились за это

Идея К.С. Симоняна заключалась в следующем: перитонит — не сепсис, но и не только воспаление брюшинной пленки. Это особая реакция организма, каждая из стадий развития которой имеет свою клиническую картину. А болевой синдром, напряжение мышц брюшной стенки и классические симптомы раздражения брюшины характерны только для первой стадии перитонита. В последующем эти проявления затухают и уступают место проявлениям общей интоксикации и паралитической непроходимости кишечника.

Это положение не потеряло своего значения до сих пор и его незнание служит основной причиной судебных приговоров хирургам, которые ошибочно «исключают» наличие перитонита при симптомах раздражения брюшины, игнорируя длительность заболевания и остальную симптоматику.



Классическая классификация перитонита академика Федорова Владимира Дмитриевича и профессора Савчука Бориса Дмитриевича распространенности и степени отграничения воспалительного процесса в брюшной полости, базирующаяся в том числе и на идеях Симоняна



Федоров
Владимир Дмитриевич
1933-2010



Савчук
Борис Дмитриевич
1933-2004

Классификация перитонита В.Д. Федорова и Б.Д. Савчука существовала много лет и оказалась применимой к подавляющему большинству ситуаций, возникающих при оказании неотложной хирургической помощи. Основой этой тактической схемы было одномоментное устранение хирургическим путем источника перитонита, санация брюшной полости, создание условий беспрепятственного оттока из нее воспалительного экссудата и закрытие операционной раны.

Ставшая классической тактическая схема Федорова-Савчука отлично работает у большинства больных, но не у всех. Наиболее тяжелые формы перитонита купировать на ее основе не получается.

«ОТКРЫТЫЙ ЖИВОТ» И NPWT

Хирургическая мысль снова возвращается к многовековому опыту ведения гнойных ран. Временный отказ от ушивания брюшной стенки у больных с тяжелым перитонитом дает намного лучшие результаты, чем закрытое ведение.



А



Б

Слева (А): в края раны вшита сетка, предотвращающая выпадение петель кишечника. Давление в брюшной полости соответствует атмосферному, резорбция минимальна и воспалительный экссудат может беспрепятственно вытекать в повязку.

Справа (Б) на эту сетку уложена специальная губка, поверх которой на рану и кожу брюшной стенки наклеена пленка. Через дополнительно наклеенные на пленку порты отсос буквально высасывает из тканей брюшной полости воспалительный экссудат.

Градиент давления, создаваемый таким насосом, - около 100 мм рт. ст.

Это самая современная технология лечения перитонита, но возникла она давно

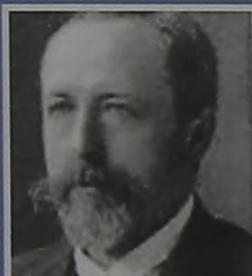
В основе технологии «открытого» ведения брюшной полости при перитоните лежат работы Микулича и Макохи.

Австрийский хирург Микулич-Радецкий для уменьшения страданий больных предложил при перевязках больших и глубоких гнойных ран не менять каждый раз все слои. На дно раны он укладывал большую развернутую салфетку, прошитую в центре длинной нитью, за которую можно было ее каждый раз понемногу подтягивать из раны. Менялись лишь поверхностные слои. Тот же прием использовался при лечении гнойников в брюшной полости.

Почти через 100 лет Николай Стефонович Макоха предложил практически тот же метод для лечения перитонитов, не поддававшихся одномоментному купированию. Но и это еще не все!

Микулича тампон (J.F. Mikulicz-Radecki 1850-1905) —

большая квадратная марлевая салфетка, прошитая в центре длинной прочной нитью, вводимая в гнойную полость (в т.ч. в брюшную), в виде мешка, заполняемого марлевыми тампонами, которые сменяют без извлечения основной салфетки (1884)



1949 г. Николай Сафронович Макоха (1914-1985)

целенаправленно предложил открытое ведение брюшной полости при лечении наиболее тяжелых форм перитонита — нижнюю срединную лапаротомию. По окончании операции на петли кишок укладывали двухслойную марлевую салфетку и сверху укладывали сменяемые в процессе лечения марлевые тампоны.



- Ты должен знать, что есть четыре способа сшивания живота ...
- Что касается лечения ран лекарствами, то оно ведется по тем же правилам, что и при других ранах. Если ты нашел, что свежая рана еще кровоточит и воздух еще ее не изменил, и [ты] уже сделал репозицию кишок, зашил рану и плотно закрыл ее, то приложи к ней порошки, стимулирующие заживление.
- Но если воздух все же проник, тогда прикладывай к ней какие-либо доступные тебе мази, пока она не нагноится, [после чего] спадут швы, а перитонеум и брюшная стенка заживут. Затем лечи рану, пока она не заживет.
- Если ты не имеешь под рукой медикаментов, приложи к ране прочесанную вату, как только начнется нагноение, и меняй ее дважды в день, как я тебя учил, пока рана не заживет, если пожелает Аллах.
- Сказал автор этой книги - да будет милостив к нему Аллах: ..., что в нашей стране в нынешнее время искусная хирургия отсутствует совершенно и можно сказать, что ее знание почти исчезло и пропали его следы.
- ... от него [знания] остались малые остатки в книгах древних [авторов], искаженные руками переписчиков ...
- Поэтому я решил оживить [знание] ее и сочинить этот трактат...

(Абул-Л-Касим Аз-Захрави «Трактат о хирургии и инструментах», глава вторая, раздел 85-й «О ранах живота, выпадении кишок и их сшивании». X век н.э. Кордоба)

Текст трактата прямо приводит показания для одномоментной хирургической коррекции и ушиванию брюшной стенки. Нет перитонита и признаков воспаления — такую рану можно зашить. В этом же трактате есть показания и к открытому ведению брюшной полости. Если в ране и брюшной полости появились признаки воспаления — веди рану открыто!

Откуда в X веке такие знания? Аз-Захрави отвечает на этот вопрос в предисловии: от своих учителей и еще более старых книг. И эти знания ему очень важно было сохранить. Именно для этого был написан трактат.

Его автор хорошо знает, какие препятствия стоят на пути сохранения и передачи знаний. Это не только религиозные предрассудки, время, разрушающее рукописи, пожары, крысы и люди, контролирующие переписчиков, но и войны, и «благие» намерения. Это трудно понять в отрыве от реалий того времени.



Марк Юний Брут
(«животное, скотина»)
85-42 до н.э.
Один из убийц Цезаря

Всем известный Марк Юний Брут — римский военачальник и общественный деятель. Один из убийц Цезаря. Плебей, Марк — имя, родовое имя — Юний Брут (в значении «животное», «скотина») — личное прозвище.

С 15 лет на войне. Прошел путь от рядового легионера до командующего армией.

За личное мужество всенародно избран консулом — первым консулом из плебеев, за что и получил прозвище Брут.

После войны стал градоначальником Рима и добился для плебеев равных избирательных прав с патрициями.

На личные деньги построил бесплатные термы для граждан и построил Авентинский водопровод.

Построил храм, посвященный богу («гению») своей семьи Либеру и передал в храм все манускрипты, захваченные в ходе военных компаний. Назвал это храм Public Library. Дешевые копии изданий тогда стали называться librum. Со временем в library переименовали библиотеки в большинстве стран мира.

День и ночь сотни рабов стирали с тысяч драгоценных, по мнению Марка Юния, пергаментов непонятные и неинтересные ему тексты. А записывали вместе них буквари, таблицы умножения и наставления по строительству мостов.

Надо полагать, так погибали не только поэмы и философские трактаты.



Савельев
Виктор Сергеевич
1933-2013



Григорьев
Евгений Георгиевич
Чл.-корр. РАН

Современный этап развития представлений о перитоните и сепсисе в нашей стране связан с еще одним именем — именем академика **Виктора Сергеевича Савельева**, который впервые в истории отечественной хирургии собрал со всей страны междисциплинарную группу экспертов, организовал процесс обсуждения, принятия и утверждения национальных клинических рекомендаций.

Российское общество хирургов
Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям
Федерация анестезиологов-реаниматологов
Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов
Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии
и антимикробной химиотерапии

РОССИЙСКИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



«АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ»

(классификация, диагностика, антимикробная терапия)

Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гольцанды

Москва 2011

ПЕРИТОНИТ

от греч peritonaion (брюшина), itis -(воспаление)

ХИРУРГИЯ: доступ, санация, объем операции,
проблема состоятельности кишечного шва

Патологическая анатомия: воспаление брюшины,
осложнения перитонита
и последствия операции

Медицинская статистика:
МКБ, ятрогении, сепсис

Медицинское страхование:
деньги, экспертиза, МЗСы

Инфекционные болезни:
особенности течения

**Хирургия
детского возраста:**
особенности течения

Интенсивная терапия и реаниматология:
синдромная патология,
протезирование нарушенных функций,
осложнения интенсивной терапии

Микробиология:
экссудат, биологические пленки,
контаминант и инфектант, инвазия в ткани,
транслокация микроорганизмов,
формирование устойчивости

Онкология:
особенности течения

Гинекология:
особенности течения

Классификационная схема перитонита была дополнена целым рядом положений, самым важным из которых стала диагностика сепсиса и септического шока. Критерии и степень септических изменений потом были пересмотрены, но не в этом суть.

Перитонит не может быть сведен только к процессу воспалению брюшины, необходим мультидисциплинарный подход и согласительный механизм принятия решений!

Экспертные группы

Классификация абдоминальной хирургической инфекции

В.С.Савельев, М.М.Абакумов, С.Ф.Багненко, А.Г.Буберишвили, А.М.Беляев, С.З.Бурневич, А.В.Быков, Е.А.Войновский, Б.Р.Гельфанд, В.К.Гостищев, Е.Г.Григорьев (координатор), М.Д.Дибиров, А.С.Ермолов, Н.А.Ефименко, А.Б.Земляной, А.И.Кириенко, А.Г.Кригер, Н.А.Кузнецов, М.И.Прудков, П.В.Подачин, В.В.Плечев, А.В.Сажин, Ю.М.Стойко, В.Д.Федоров, М.И.Филимонов, В.Н.Француз, А.М.Шулутко, Б.К.Шуркалин, С.А.Шляпников, М.Ф.Черкасов, Я.Н.Шойхет

Абдоминальный сепсис

Б.Р.Гельфанд, Е.Б.Гельфанд (координатор), В.А.Руднов, В.Н.Лукач, Ю.С.Полушин, Д.Н.Проценко, Б.З.Белоцерковский, В.Г.Смирнов

Микробиологическая структура абдоминальной хирургической инфекции и нозокомиальных инфекционных осложнений

Р.С.Козлов (координатор), В.Б.Белобородов, Б.З.Белоцерковский, Б.Р.Гельфанд

Принципы антибактериальной терапии при абдоминальной хирургической инфекции

С.В.Яковлев (координатор), В.Б.Белобородов, Б.З.Белоцерковский, Б.Р.Гельфанд

Антимикробная терапия при отдельных формах абдоминальной хирургической инфекции

С.В.Яковлев, В.Б.Белобородов, Б.З.Белоцерковский, Б.Р.Гельфанд, В.А.Руднов (координатор)

Профилактика инфекционных осложнений в области операции

Б.Р.Гельфанд, Н.А.Ефименко (координатор), Б.З.Белоцерковский, А.Б.Земляной

Грибковая инфекция в хирургии

Н.Н.Климко (координатор)

ХI СЪЕЗД ХИРУРГОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРОГРАММА И ПРИГЛАШЕНИЕ

11.15 – 12.45

Национальные клинические рекомендации по хирургии

Председатели: В.С.Савельев (Москва), С.Ф.Багненко (Санкт-Петербург), А.Г.Буберишвили (Волгоград), М.Д.Дибиров (Москва)

- | | |
|--|----|
| 1. М.И. Прудков, Е.Г. Григорьев
Абдоминальная хирургическая инфекция. (Екатеринбург, Иркутск) | 15 |
| 2. А.В. Сажин, А.Б. Земляной
Хирургическая инфекция кожи и мягких тканей. (Москва) | 15 |
| 3. Б.Р. Гельфанд, А.И. Яроцкий, О.В. Игнатьев
Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. (Москва) | 15 |
| 4. Д.Н. Проценко, Е.Б. Гельфанд
Жизнотрожающие осложнения в хирургической практике: синдром интраабдоминальной гипертензии, стресс-повреждения желудочно-кишечного тракта. (Москва) | 15 |
| 5. А.И.Корнев, С.Г.Леонтьев, И.А. Золотухин, В.В. Андрияшкин
Витальные тромбоэмболические осложнения в хирургии и интенсивной терапии. (Москва) | 15 |

Волгоград,
25-27 мая 2011 года

Нам с профессором Рудновым тогда посчастливилось принять участие в работе над этим документом.

Всего над текстом работало 50 специалистов самых разных специальностей — анестезиологи, хирурги, микробиологи, микологи, специалисты в области антибактериальной терапии, онкологи, гинекологи, детские хирурги и многие другие. Обсуждение по переписке продолжалось больше года. Потом состоялось очное обсуждение в Москве, и оно было просто поразительным для того времени. Несмотря на то, что Виктор Сергеевич был самым авторитетным хирургом России и основным организатором всей работы, председательствовать при очном обсуждении и принятии окончательного текста документа он поручил Евгению Георгиевичу Григорьеву из Иркутска. Более того, докладывать итоговый текст для утверждения на XI Всероссийском съезде хирургов было поручено мне.

Стадии перитонита	Критерии воспалительной реакции и сепсиса
Перитонит (реактивная и токсическая фазы)	НЕТ (или есть признаки СВР)
Перитонит. Абдоминальный сепсис.	Критерии воспалительной реакции + ПОН
Перитонит. Абдоминальный сепсис. Септический шок.	Критерии воспалительной реакции + ПОН + шок

Классификационная схема диагностики перитонита

1. Основное заболевание
2. Характер развития
3. Распространенность
4. Экссудат и его примеси
5. **Системные расстройства** (тяжесть состояния, СВР, СПОД)
6. Осложнения

Соотношение понятий классического и современного вариантов классификации перитонита

Характер развития перитонита

• Первичный

- Спонтанный перитонит у детей
- Спонтанный перитонит у взрослых
- Перитонит, связанный с некоторыми системными заболеваниями (туберкулез, сифилис, гонорея)

Относительно редкие специфические патологические процессы, требующие уточненной диагностики и консервативного лечения основного заболевания

• Вторичный (есть конкретный источник распространения инфекции из просвета внутренних органов – заболевание или травма)

Нет необходимости проведения дополнительных микробиологических исследований. Вполне эффективно эмпирическое назначение антибактериальных препаратов

• Третичный (трансформация перитонита в процессе лечения – потеря связи с первоначальным источником, ослабленность макроорганизма исходной патологией, вторичным перитонитом и перенесенными операциями, нозокомиальный характер микрофлоры)

Вялое, персистирующее и рецидивирующее течение. Неэффективность большинства антибактериальных средств. Необходимость мониторинга микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам

Что же изменилось? Почти все. Появилась характеристика развития перитонита, были уточнены формулировки и градации распространенности, экссудата и примесей, но, самое главное, появилась оценка системных расстройств по критериям сепсиса.

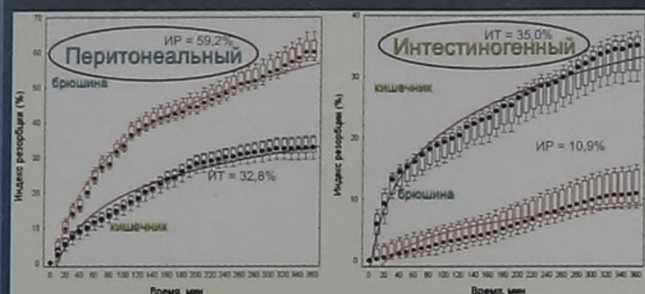
Зачем это нужно? Попытаюсь объяснить. Три основных варианта течения перитонита:

1. Первичный — это не хирургический перитонит, а проявление специфической системной инфекции, такой, как туберкулез. Хирургического лечения, как правило, не требует.

2. Источником вторичного является распространение инфекции из поврежденного органа в результате его заболевания или травмы.

3. Третичным перитонит, по существу, является осложнением вторичного, когда воспалительный процесс в брюшной полости продолжается, несмотря на ликвидацию его первоначального источника. Как правило, такой процесс поддерживается другими источниками инфекции, например, нагноением раны, сопутствующей пневмонией или эндогенной инфекцией. Перитонит в этом случае хронизируется, а инфекция приобретает нозокомиальный характер и устойчивость к антибиотикам.

ПРЕОБЛАДАЩИЙ МЕХАНИЗМ ТРАНСФОРМАЦИИ ВТОРИЧНОГО ПЕРИТОНИТА В ТРЕТИЧНЫЙ



перитонит 0 - 6 ч

Интестиногенный механизм начинает преобладать над перитонеальным!

«Изокоммализация» перитонеальной микрофлоры в результате ее транслокации из просвета кишечника.

перитонит 6 - 12 ч

Научный Центр
восстановительной и
реконструктивной
хирургии. Иркутск.

Результаты экспериментов
Евгения Георгиевича Григорьева

Экспериментальному животному вызывают перитонит введением в брюшную полость меченного штамма кишечной палочки, каждые 30 минут забирают из нее экссудат, выделяют из него кишечную палочку и типировать ее штаммы. Оказывается, что через несколько часов в воспалительном экссудате начинают появляться штаммы из просвета неповрежденной кишки, а вскоре их концентрация начинает преобладать. И это имеет очень большое практическое значение. Если при вторичном перитоните мы можем ориентироваться, по результатам мониторинга чувствительности микрофлоры, в просвете разных органов желудочно-кишечного тракта, приведенным в соответствующих справочниках, и уверенно назначать антибактериальную терапию соответственно патологии, то при третичном перитоните ситуация кардинально меняется: мы должны ориентироваться на результаты посевов, а они приходят с большим опозданием.

Переходим, наконец, к той самой проблеме, которую не могла решить классическая классификационная схема Симоняна-Федорова-Савчука — **распространенному гнойному перитониту, осложненному полиорганной недостаточностью (=сепсис) и септическим шоком.**



Вторичный перитонит



Третичный перитонит



На изображениях вторичного и третичного перитонитов видна разница между ними. Понятно, что это изображения перитонитов, со времени возникновения которых прошел не один день. Реактивная и токсическая фазы у них уже прошли, следовательно, выраженных симптомов раздражения у этих больных не будет.

Когда нужны повторные санации брюшной полости (по программе) у больных распространенным перитонитом и тяжелым перитонеальным сепсисом?

МЕСТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ - степень воспалительных изменений брюшины и органов брюшной, которая, по мнению оператора, требует повторной санации (по аналогии с необходимостью к повторной перевязке гнойной раны)

ОБЩИЕ ПОКАЗАНИЯ - сохраняющиеся, тем более, прогрессирующие проявления органических дисфункций (тяжелый абдоминальный сепсис)

А как же оценивать динамику? Каждый раз проводя санацию брюшной полости, хирург оценивает и фиксирует динамику воспалительных изменений (сегодня для этого достаточно сотового телефона). А реаниматолог — значение выраженности сепсиса и органических дисфункций. В результате мы получаем возможность более или менее объективно оценивать течение перитонита в поздние сроки, когда симптомов раздражения брюшины уже нет.

Но как же быть с септическим шоком у больных перитонитом? Для этого придется разбираться с тем, что происходит во время операции в организме больного. Без операции у них нет шансов, а операция всегда усугубляет шок.

При наличии шока операция должна выполняться исключительно из объема противошоковых мероприятий. Источник инфекции необходимо изолировать, а давление в брюшной полости необходимо максимально уменьшить. Например, с применением технологии «открытого живота» или с помощью аппаратуры для терапии ран отрицательным давлением.

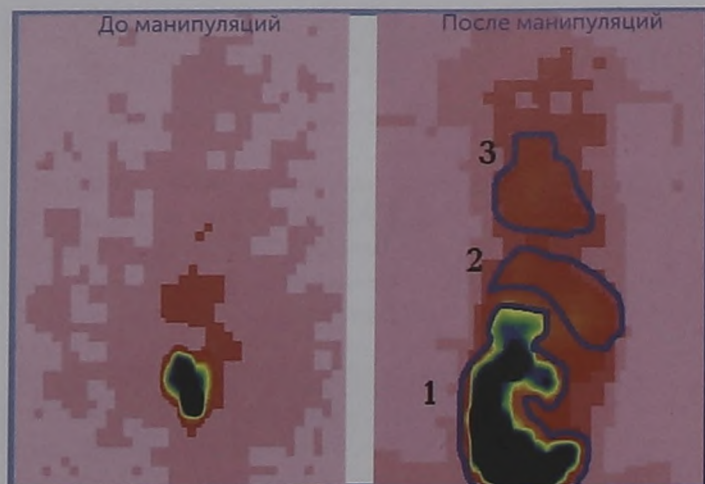
После купирования шока открытое ведение брюшной полости может быть продолжено до купирования явлений сепсиса и органических дисфункций. Во всех остальных случаях, а их, к счастью, подавляющее большинство, работает старая добрая схема одномоментного хирургического лечения, причем в наиболее желательном миниинвазивном варианте.

Тяжесть состояния больного (балльная оценка по степени выраженности СВР и ПОН)

Терминологическая оценка	Преимущественно прогноз или мониторинг			
	APACHE	SAPS	MODS	SOFA
Перитонит	<10	0-4	<8	<8
Перитонит. Абдоминальный сепсис.	10-15	5-8	9-12	9-12
Перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис	16-25	9-12	13-16	13-16
Перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис. Септический шок	>26	>13	>17	>17

Стадии перитонита

Стадии перитонита	Основные тактические схемы
Перитонит (реактивная и токсическая фазы)	Одномоментная полноценная хирургическая коррекция (эндовидео, открытая, минидоступ или их комбинация) санация, устранение источника и заболевания, релапаротомии «damage control» или по требованию
Перитонит. ПОН. Абдоминальный сепсис.	Открытая санация, устранение или ограничение источника перитонита, санации «по программе», открытое ведение брюшной полости (NPVT), (этапная хирургическая коррекция
Перитонит. ПОН. Абдоминальный сепсис. Септический шок.	Операция - элемент противошоковых мероприятий, аспирация выпота, min объем и продолжительность, ограничение (устранение) источника перитонита, NPVT («открытый живот»), санации «по программе»



Результаты академика Григорьева.
Сцинтиграфия. Суммационное изображение

Экспериментальное животное с перитонитом. В просвете заранее введен штамм кишечной палочки с радиоактивными метками.

Первый снимок до лапаротомии. Видно, что радиоактивные метки, в основном, локализованы в брюшной полости, портальном кровотоке и печени.

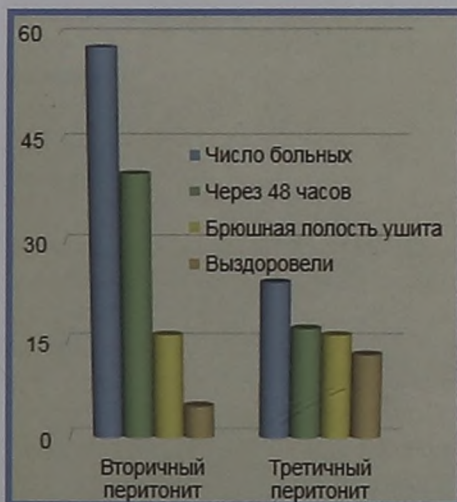
Второй снимок – сразу после лапаротомии и начала манипуляций на органах брюшной полости. Видно, что радиоактивные метки прорвались в системный кровоток.

Именно в этом, по-видимому, лежит причина фатального ухудшения состояния больных перитонитом при попытке применить у них стандартную схему одноэтапного хирургического лечения, завершающегося закрытием брюшной полости.

Трудно не согласиться с тем, что в кровоток устремились не только живые бактерии и их составляющие. С ними вышли в кровоток другие продукты и медиаторы воспаления. Да и не только в кровоток. Они проникли в лимфу, в жидкости клеточных структур и межклеточного пространства.

И как тут не вспомнить трактовку сепсиса во времена Гиппократ и Галена?

Сепсис – есть отравление гноем всех жизненных соков организма! Прошло 2000 лет, и мы пришли к тому же определению.



Лечение больных распространенным гнойным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом и септическим шоком (2014-16)

	Вторичный перитонит	Третичный перитонит
Количество больных	58	24
Средний возраст	70,9 ± 2,3 года	44,6 ± 14,1 года
Сроки поступления от начала заболевания	55,3 ± 13,4 часов	13,4 ± 4,5 суток
APACHE	27,1 ± 0,6	21,6 ± 5,4

Синим цветом отмечено число поступивших больных, зеленым – выживших через 48 часов. К этому времени шок у большинства больных купирован. Желтым – количество больных, доживших до завершения перитонита и закрытия брюшной полости, бежевым – выздоровевшие пациенты.

Справа – пациенты ОСОКБ №1, куда поступают больные третичным перитонитом из стационаров области, слева – городская больница №14, оказывающая неотложную помощь прикрепленному городскому населению, соответственно, в ней преобладают больные вторичным перитонитом.

Обращает на себя внимание разница в результатах. Летальность в первой группе значительно выше, хотя длительность заболевания у этих пациентов меньше в разы. Да и патология третичного перитонита представляется более тяжелой. Но это очень разные группы больных. Пациенты в областной больнице моложе на 25 лет, да и попадать в нее теоретически не могли. Ведь наличие шока – противопоказание по транспортировке. Это пациенты, пережившие шок и декомпенсировавшиеся только при транспортировке. Не это самое главное.

В ОБОИХ СТАЦИОНАРАХ СТАЛИ ВЫЖИВАТЬ БОЛЬНЫЕ С РАНЕЕ НЕИЗЛЕЧИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ!

Редактор Е. Бортникова
ООО «Информационно-издательский центр «Знак качества»
г. Екатеринбург, ул. Рассветная, 13.
Тел.: +7 (980) 908-01-51
E-mail: pressa-znakk@mail.ru
www.zkachestva.com
Подписано в печать 01.04.2021. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. лист 2,3.
Тираж 100 экз. Заказ № 3103.