

нальном сепсисе, в условиях тяжелой полиорганной недостаточности, с поражением трех и более систем и органов, утрачивают свои преимущества, целиком сохраняя существенные недостатки. Показания к программируемым санационным релапаротомиям должны основываться на понимании положительных и отрицательных сторон этого метода и объективной оценке тяжести состояния больного. В связи с этим проведено комплексное обследование больных для выявления факторов риска гнойно-септических инфекций.

**Цель работы** — изучение структуры и частоты послеоперационных осложнений параллельно с исследованием целого ряда клинических и социальных показателей, которые могут быть использованы в качестве факторов риска и их развития.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

К факторам риска гнойно-септических инфекций при разлитом гнойном перитоните относят: возраст (пожилой, старческий); избыточный подкожно-жировой слой; эндокринные нарушения; значительная продолжительность оперативного вмешательства; техническое усовершенствование хирургического вмешательства, исключающего попадания условно-патогенных микроорганизмов в рану; предотвращение циркуляции условно-патогенной микрофлоры в стационаре; организационные дефекты в развитии гнойно-септической инфекции: время от начала заболевания до госпитализации; время от момента госпитализации до операции; очередность проведения операций и перевязок; диагностические дефекты: сроки установления диагноза; точность диагноза; неполная оценка гомеостаза; тактические дефекты: характер обезболивания; выбор оперативного доступа; характер оперативного вмешательства (оценка жизнеспособности кишки, выбор способа пластики при грыжах, тактика окончания операции); оценка морфологических изменений тканей; сопутствующая патология. В основу исследования факторов риска гнойно-септических инфекций положен клинический анализ (на основании историй болезни) диагностики и лечения 117 больных. Из них 89 человек (I группа) имеют два, и более факторов риска, и 28 человек (II группа) их не имеют. При детальном изучении соответствующих показателей этих групп, выявлена значимость указанных факторов на исходы.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ исходов лечения гнойного перитонита с учетом времени от начала заболевания и до поступления больных в стационар. Так, среди больных из I группы осложнения имели  $20,7 \pm 5,3 \%$ , а во II группе —  $4,5 \pm 1,5 \%$  ( $p < 0,01$ ). Таким образом, по результатам исследования среди всех факторов риска, указанных выше, фактору времени придается первостепенное, и решающее, значение.

Кроме фактора времени весьма существенное значение на исход заболевания также оказывает и объем оперативного вмешательства — минимальный его характер обеспечивает наилучшие исходы ( $78,9 \pm 2,3 \%$ ). В то время как увеличение объема оперативного вмешательства с вынужденной резекцией кишечника или сальника повышает процент нагноений в 3 раза —  $16,1 \pm 2,3 \%$  ( $p < 0,001$ ).

#### ВЫВОДЫ

1. С целью достижения благоприятных результатов лечения распространенного гнойного перитонита, необходимо учитывать упомянутые выше факторы риска, которые в конечном случае помогут прогнозировать исход заболевания.
2. В случаях выявления у больных двух и более факторов риска с целью улучшения исходов лечения больных с гнойно-септическими инфекциями при разлитом гнойном перитоните следует усматривать, прежде всего, в расширении показаний к выполнению плановых вмешательств и, по возможности, в уменьшении объема травматичности оперативного пособия.

**В.П. Будашеев, Е.Н. Цыбиков, В.П. Саганов**

#### ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЛАВАЖ – КАК МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

*Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

#### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время достаточно трудным и неоднозначным остается вопрос выбора оптимальной диагностической и хирургической тактики лечения распространенного гнойного перитонита. Основ-

ным принципом радикального оперативного лечения разлитого гнойного перитонита является полная, адекватная и ранняя ликвидация или ограничение всех основных источников (очагов) эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического характера. На этом этапе оперативного лечения выполнение перитонеального лаважа и санации брюшной полости обеспечивает достаточный деконтаминационный и детоксикационный эффект. В этой связи в последние годы все большее внимание уделяют активным методам хирургического лечения абдоминального сепсиса. Лечение с помощью перитонеального лаважа антисептиками достигается обоснованным выбором одного или нескольких методов: в проточном или фракционном режиме; программируемой ревизии и санации брюшной полости (лапаротомии). Наш многолетний клинический опыт и литературные данные позволяют прийти к мнению, что при абдоминальном сепсисе в условиях тяжелой полиорганной недостаточности с поражением более 3-х систем и органов метод программируемых санаций и ревизий брюшной полости утрачивает свои преимущества, целиком сохраняя существенные недостатки. К таким недостаткам относятся: длительное пребывание в стационаре, повторная травма брюшной стенки и органов брюшной полости, отрицательные системные последствия повторных вмешательств (в том числе повторное развитие синдрома «медиаторной бури» и токсического шока), продленная ИВЛ, длительная интубация, и длительная катетеризация мочевыводящих путей с высоким риском развития нозокомиальной пневмонии и уроинфекции, длительная катетеризация сосудов с высоким риском развития «катетерной инфекции» и ангиогенного сепсиса, высокий риск внутрибрюшного кровотечения и образования кишечных свищей.

**Цель исследования:** на собственном экспериментальном опыте у собак при разлитом гнойном перитоните выявить особенности метода перитонеального лаважа с использованием универсального отечественного антисептика «нейтральный анолит», в сравнении с традиционным методом — промыванием растворами хлорида натрия 0,9% или фурациллина 0,02% с добавлением 3% раствора перекиси водорода (в соотношении 1:10), оценить адекватность и его отдаленные результаты.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для определения эффективности перитонеального лаважа при разлитом гнойном перитоните был проведен эксперимент на 25 беспородных собаках. У всех животных в условиях внутривенного наркоза моделировался перитонит по методике Шалимова (1989). Через сутки выполнялась релапаротомия, во время которой у всех животных обнаруживался разлитой гнойный перитонит. При этом проводились одно- (1 группа — 6 животных), дву- (2 группа — 6 животных) и многократные — до «чистой воды» (3 группа — 6 животных) промывания брюшной полости раствором фурациллина 0,02 %. У животных 4-й группы промывание брюшной полости проводилось двукратно раствором нейтрального анолита. Наблюдение за животными производилось каждые 12 часов. Погибшие животные вскрывались, а выжившие выводились из опыта на 5-е сутки передозировкой эфирного наркоза. В качестве контроля эффективности санации производилось количественное исследование микрофлоры в 1 мл перитонеального экссудата. Заборы проводились до санации брюшной полости, по окончании механического ее очищения и после окончания всей процедуры.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Животные 1-й (5 из 6) и 2-й (4 из 6) групп погибали на 3—5 сутки, при этом у всех обнаруживались признаки продолжающегося перитонита — признаки нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности: отказ от приема пищи и воды, тошнота, рвота, учащение дыхания, цианоз и похолодание конечностей. Интраоперационно у всех животных первой и второй групп выявлен экссудат со зловонным запахом, распространенный по всей брюшной полости, насыщенного оливкового цвета с нитями и хлопьями фибрина, сливные фибринозно-гнойные напластования на париетальной и висцеральной брюшине, а также нити фибрина в месте повреждения тонкой кишки и на прилегающих органах. В третьей группе все животные (5 из 6) погибали в ближайшие часы после санационной релапаротомии, что было обусловлено не интоксикацией, а гипотермией либо сердечной слабостью. Из 7 животных 4-й группы с предложенным способом санации брюшной полости на 2—3 сутки состояние собак расценено как тяжелое, но без отрицательной динамики. Одна (14,2 %) собака погибла на 5 сутки от развившегося распространенного гнойного перитонита, причем было отмечено резкое ухудшение ее состояния, только на 5-е сутки от момента начала эксперимента с развитием клиники перфорации полого органа, и одно животное, причиной смерти которого, явилась передозировка лекарственных веществ, при даче наркоза во время релапаротомии, через 12 часов от начала эксперимента. Таким образом, на 5-е сутки выведены из опыта оставшиеся 5, при этом явления перитонита у них отсутствовали.

При изучении динамики содержания микрофлоры в перитонеальном экссудате было установлено, что до начала санации содержание микрофлоры в перитонеальном экссудате у животных исследуемых групп было примерно равным. После механического промывания раствором хлорида натрия оно было сопоставимо ( $0,78 \pm 0,15 \times 10^6$ /мл и  $0,87 \pm 0,25 \times 10^6$ /мл). Однако по окончании перитонеального лаважа у животных в 1-й, 2-й, и 3-й группах экспериментального сравнения перитонеальный экссудат оставался

инфицированным —  $0,55 \pm 0,45 \times 10^5$ /мл, в то время как у животных в 4-й группе во всех случаях рост микрофлоры не был получен.

### ВЫВОДЫ

1. На основании полученных результатов в ходе экспериментальной работы по способу санации брюшной полости у животных раствором «нейтрального анолита» показал достаточную эффективность этого метода, что дает основание перенесения его в клиническую практику.

2. Бактериологические исследования промывных вод позволяет следить за течением заболевания и определять сроки удаления дренажей.

3. Эффективность лечения разлитого гнойного перитонита методом перитонеального лаважа при закрытом способе дренирования брюшной полости в клинической практике можно использовать с применением множественных силиконовых дренажей для непрерывного или периодического промывания брюшной полости, таким образом устранить недостатки программированных санаций брюшной полости, указанных выше.

4. В целях предупреждения гипотермии раствор для промывания брюшной полости должен быть теплым.

**И.И. Винокуров**

## НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ГЛАВНОГО БРОНХА

*ГБУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ Республики Саха (Якутия) (Якутск)*

**Целью** исследования является повышение эффективности заживления культи бронха, снижение образования бронхиального свища.

### МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основную группу вошли 10 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом, которым применен новый метод обработки культи бронха при пульмонэктомии. Контрольную группу составили 10 больных со схожими формами туберкулеза, где применен общепринятый способ обработки культи бронха.

Метод обработки культи бронха отличается тем, что перед удалением легкого на бронх накладывают лигатуры, механический шов прошивают проксимально отступая на 2 см от лигатур. Резецируют хрящевую часть бронха по краю сшивающего аппарата, оставляя мембранозную часть в виде лоскута на ножке, которую как пластический материал прошивают сквозными узловыми швами поверх механического, погружая и герметично укрепляя культю бронха.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У основной группы больных первые двое суток после операции по удалению легкого эффективность герметичности определялась при давлении 400 мм водного столба. У больных контрольной группы первые двое суток наблюдалось выделение небольшого воздуха через дренажную трубку при давлении 360 мм водного столба.

Бронхоскопические исследования показали, что у больных основной группы на вторые сутки после операции отмечался более ровный и спокойный шов без воспалительной инфильтрации. Полное сращение культи бронха с формированием соединительной ткани определялось на 30 сутки. У этой группы больных не было случаев развития бронхиального свища.

В контрольной группе на вторые сутки после операции определялась выраженная гиперемия и воспаления слизистого слоя культи. В этой группе у одного больного наблюдалось развитие бронхиального свища. Бронхиальный свищ сформировался на 7-е сутки наблюдения с прорезыванием скрепками культи, что указывало на техническую причину его развития.

### ВЫВОД

Разработанный новый метод обработки культи главного бронха обладает высокой эффективностью и ускоряет процесс заживления, значительно снижая развитие бронхиального свища, особенно при таких осложненных формах туберкулеза как эмпиема плевры.