

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	6
Предисловие	10

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Глава 1. Проблема хирургических инфекций в торакальной и абдоминальной хирургии (<i>Шалаев С. А., Трофимов В. М.</i>)	12
Глава 2. Клиническая микробиология (<i>Суборова Т. Н., Попов В. И.</i>)	23
Глава 3. Основы иммунологии для хирургов (<i>Симбирцев А. С.</i>)	59
Глава 4. Антибактериальные препараты в лечении хирургических инфекций (<i>Суборова Т. Н., Попов В. И.</i>)	76
Глава 5. Предоперационная подготовка (<i>Щеголев А. В., Сурков М. В.</i>)	118
Глава 6. Проведение анестезии (<i>Щеголев А. В., Сурков М. В.</i>)	127
Глава 7. Послеоперационная интенсивная терапия (<i>Щеголев А. В., Сурков М. В.</i>)	136
Глава 8. Гипербарическая оксигенация в лечении гнойной хирургической инфекции (<i>Котив Б. Н., Попов В. И.</i>)	149
Глава 9. Экстракорпоральные методы гемокоррекции в лечении острой почечной недостаточности на фоне гнойно-септических осложнений у хирургических больных (<i>Бельских А. Н., Сизов Д. Н.</i>)	156
Глава 10. Общие принципы диагностики и лечения генерализованных хирургических инфекций (<i>Шляпников С. А.</i>)	186
Глава 11. Хирургические инфекции мягких тканей (<i>Шляпников С. А.</i>)	203

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Глава 12. Хирургические инфекции груди	219
12.1. Хирургическая анатомия груди (<i>Корнев М. А., Шалаев С. А.</i>)	219
12.2. Общие принципы обследования больных (<i>Шалаев С. А., Котив Б. Н.</i>)	235
12.3. Гнойно-воспалительные поражения мягких тканей грудной стенки (<i>Бисенков Л. Н., Котив Б. Н.</i>)	244
12.4. Острый мастит (<i>Котив Б. Н., Шалаев С. А.</i>)	260

12.5. Острые инфекционные деструкции легких (Бисенков Л. Н., Саламатов А. В., Попов В. И., Чуприна А. П.)	278
12.6. Хронические абсцессы легких (Чуприна А. П.)	295
12.7. Бронхоэктазии (Шалаев С. А., Бисенков Л. Н.)	309
12.8. Нагноившиеся кисты легкого (Котив Б. Н., Шалаев С. А.)	327
12.9. Пиопневмоторакс (Котив Б. Н., Шалаев С. А.)	340
12.10. Рак легкого в сочетании с гнойно-воспалительными процессами в легком и плевре (Бисенков Л. Н., Кузнецов И. М., Шалаев С. А.)	354
12.11. Инородные тела легких и плевры (Бисенков Л. Н.)	372
12.12. Бронхиальные свищи (Бисенков Л. Н., Попов В. И.)	377
12.13. Острая эмпиема плевры (Бисенков Л. Н., Котив Б. Н.)	399
12.14. Хроническая эмпиема плевры (Попов В. И., Кузнецов И. М.)	416
12.15. Острый гнойный перикардит (Бисенков Л. Н., Кузнецов И. М.)	432
12.16. Инфекционный эндокардит (Хубулава Г. Г.)	450
12.17. Острый медиастинит (Бисенков Л. Н., Котив Б. Н.)	469
12.18. Видеоторакоскопия в лечении хирургических инфекций груди (Кузнецов И. М., Чуприна А. П., Гладышев Д. В.)	481
Глава 13. Хирургические инфекции живота	490
13.1. Хирургическая анатомия живота (Корнев М. А., Трофимов В. М.)	490
13.2. Общие принципы обследования больных (Трофимов В. М., Котив Б. Н.)	498
13.3. Гнойно-воспалительные поражения мягких тканей брюшной стенки (Попов В. И., Котив Б. Н.)	501
13.3.1. Нагноение послеоперационной раны	502
13.3.2. Послеоперационные эвентрации	506
13.4. Внутривнутрибрюшинные и забрюшинные абсцессы (Котив Б. Н., Попов В. И.)	513
13.4.1. Абсцессы печени (Дзидзава И. И.)	515
13.4.2. Абсцессы сальниковой сумки	525
13.4.3. Поддиафрагмальные абсцессы (Бисенков Л. Н., Телицкий С. Ю.)	527
13.4.4. Абсцессы малого таза	530
13.4.5. Межкишечные абсцессы	535
13.4.6. Забрюшинные абсцессы и флегмоны	537
13.5. Острый перитонит (Трофимов В. М.)	543
13.6. Послеоперационная кишечная непроходимость (Котив Б. Н., Бисенков Л. Н.)	564
13.7. Инфекционные осложнения острого аппендицита и аппендэктомии (Трофимов В. М.)	573
13.8. Инфекционные осложнения ущемленных наружных грыж живота (Трофимов В. М.)	589
13.9. Послеоперационные наружные кишечные свищи (Бисенков Л. Н.)	601

13.10. Инфекционные осложнения после операций на желудке и кишечнике (<i>Котив Б. Н., Бисенков Л. Н., Гладышев Д. В.</i>)	611
13.10.1. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки	611
13.10.2. Несостоятельность анастомозов желудочно-кишечного тракта	615
13.10.3. Флегмоны и абсцессы желудочно-кишечного тракта	617
13.11. Инфекционные осложнения острого холецистита и операций на печени и внепеченочных желчных протоках (<i>Котив Б. Н., Дзидзава И. И.</i>)	620
13.11.1. Инфекционные осложнения острого холецистита	620
13.11.2. Гнойный холангит	630
13.11.3. Инфекционные осложнения операций на печени и внепеченочных желчных протоках	638
13.12. Инфекционные осложнения при остром панкреатите и операциях на поджелудочной железе (<i>Котив Б. Н., Дзидзава И. И.</i>)	648
13.12.1. Острый послеоперационный панкреатит	648
13.12.2. Гнойно-воспалительные осложнения острого панкреатита	659
Литература	667

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Глава 1

ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ В ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хирургические инфекции груди. Становление и развитие хирургии органов грудной полости, легких в России относится к первой половине XIX в. К этому времени отечественными учеными проведены и опубликованы результаты фундаментальных исследований, явившихся основой для формирования нового клинического направления. Они включали главным образом детальное изучение анатомии легких и грудной стенки. В 1873 г. вышла в свет монография Г. Швабова, посвященная строению нервов груди, в 1889 г. — работа В. Руднева о топографии органов грудной полости. В 1895 г. К. И. Суловым защищена диссертация на тему «К анатомии бронхиальных артерий у человека». В 1897 г. появляются оригинальные исследования А. Р. Войнич-Сяноженского — о нормальной анатомии плевральных границ у человека и работа Г. Спасского, посвященная вариантам строения корня легкого и бронхиального дерева.

Основополагающее значение для разработки техники выполнения оперативных вмешательств на легких приобрели результаты экспериментальных исследований на животных, полученные в 1897 г. Ф. Р. Киевским, обобщенные им в виде диссертации. Они позволили раскрыть новые возможности в легочной хирургии, так как накопленный к этому времени опыт лечения гнойных процессов в этой области с использованием пневмотомий, френикотомий, различных вариантов торакопластики показал значительное число неудачных результатов. В те годы попытки удаления доли или целого легкого у больных с хроническими нагноительными процессами редко завершались успехом — летальные исходы были связаны с различными тяжелыми послеоперационными осложнениями. При этом и своевременная диагностика гнойных поражений легких также была на низком уровне. По сводной статистике, доложенной в 1898 г. на XII Международном съезде хирургов в Москве, за весь период, предшествовавший введению в клиническую практику рентгеновских методов исследования, приведены сведения о 305 пневмотомиях с летальностью до 29 %.

Все это побуждало к дальнейшему развитию легочной хирургии, разработке более надежных и радикальных оперативных вмешательств. В 1889 г. Н. А. Вельяминов первым в нашей стране выполнил резекцию части легкого, пораженного актиномикозом. В 1898 г. Ф. Р. Краевский сообщил об успешной резекции легкого по поводу бронхоэктазий, осложненных бронхиальным свищем и эмпиемой плевры. Исход операции оказался безуспешным ввиду развившегося в послеоперационном периоде тяжелого внутривнутриплеврального кровотечения. Подобные

и иного рода осложнения, сдерживавшие легочную хирургию, определяли содержание дальнейших научных исследований не только в области анатомии, но и в тесно связанных с клинической хирургией разделах физиологии, микробиологии, трансфузиологии и др. В начале второй половины XIX в. сформировалось само понятие об инфекциях и инфекционных осложнениях после оперативных вмешательств в том виде, как это воспринимается в настоящее время. Решающим для его становления в клинике стали работы Луи Пастера, он доказал этиологическую роль микроорганизмов в развитии инфекционных заболеваний и осложнений у человека.

Попытки добиться успеха при выполнении радикальных операций на органах груди и грудной полости продолжались. В 1900 г. В. Д. Добромысловым был детально разработан и обоснован чресплевральный доступ к легким. В 1912 г. П. А. Герцен успешно выполнил резекцию доли легкого у больной с хроническим нагноительным процессом. Ее результатом стало продление жизни после выписки из клиники более чем на 12 лет.

Обнадёживающие успехи, изучение деталей и особенностей все еще возникавших послеоперационных осложнений после резекций легких побуждали к проведению дальнейших анатомо-физиологических исследований. В 1922 г. А. В. Мельников публикует работы, в которых излагает результаты детального изучения строения бронхиальных артерий. Им убедительно доказано большое значение этих артерий для питания стенок бронхов и легочной ткани, сделано важное в практическом отношении заключение о том, что повреждение бронхиальных артерий при оперативных вмешательствах приводит к некрозу бронхов и образованию свищей. В то же время обращено внимание на то обстоятельство, что перевязка ветвей легочной артерии не нарушает питания паренхимы легкого, не приводит к тяжелому состоянию больных.

В 1933 г. Б. Э. Линберг публикует работу, в которой детально излагает долевое строение легких. При этом каждая из выделенных им долей в соответствии с проходящими в них более мелкими бронхами делится на сегменты. Несколько ранее, в 1924 г., в период проведения Б. Э. Линбергом этих исследований, его учитель и руководитель клиники С. И. Спасокукоцкий с успехом выполнил лобэктомию в анатомически обоснованных пределах. Научные изыскания, интенсивно проводившиеся в этот период С. И. Спасокукоцким и его сотрудниками, оказали большое влияние на развитие легочной хирургии в нашей стране. Были обоснованы и определены основополагающие направления дальнейшего становления этой важной проблемы. Среди них — исследования по профилактике и лечению плевропульмонального шока, предотвращению кровотечений из культи легочных сосудов и плевральных сращений, герметизации легочной паренхимы после резекций и устранению нарастающего пневмоторакса, послеоперационной эмпиеме плевры, нагноению и несостоятельности раны груди после торакотомии.

На XV и XVI съездах российских хирургов актуальные вопросы легочной хирургии, получившие развитие в нашей стране, стали программными. Был обобщен опыт ведущих научно-исследовательских и лечебных учреждений, сформулированы узловые положения, касающиеся методики выполнения оперативных вмешательств, послеоперационного лечения торакальных больных.

Несмотря на приобретенный опыт оперативных вмешательств на легких и органах грудной полости, опубликованных работ отечественных хирургов в те годы было еще мало. В них содержались частные аспекты хирургического лечения больных с различной патологией легких, приводились отдельные успешные клинические наблюдения. Общей концепции, стройной разработанной теории легочной хирургии не существовало. В конце 30-х — начале 40-х гг. прошлого века в ведущих клиниках нашей страны интенсивно продолжались научные исследования и накопление опыта успешного лечения больных с хирургической патологией легких. Ведущее место здесь занимали гнойно-деструктивные заболевания, туберкулез. В эти годы большой вклад в развитие легочной хирургии, разработку радикальных оперативных вмешательств был сделан А. Н. Бакулевым. Значительные достижения в этом направлении получены благодаря работам А. В. Вишневого, Н. Н. Бурденко, В. Н. Шамова, целенаправленно изучавших проблему профилактики и лечения шока у больных при операциях на легких путем применения вагосимпатической блокады, инфильтрации новокаином шокогенных зон в ходе проводимых вмешательств, использования оксигенотерапии. Усовершенствование приемов обезболивания способствовало пересмотру и расширению показаний к хирургическому лечению различных проявлений гнойно-деструктивных заболеваний легких. В клиническую практику вошли новые, более сложные хирургические вмешательства. Это побуждало к продолжению исследований, касающихся совершенствования отдельных сторон оперативной техники. Так, с целью предотвращения развития несостоятельности культи бронха (НКБ) после резекций легкого А. В. Мельниковым была разработана оригинальная методика ее ушивания с дополнительной обработкой 30 % раствором ляписа. Были предложены и вошли в клиническую практику хирургических клиник и другие приемы, повышающие надежность лечения больных с заболеваниями легких.

Опыт, накопленный в области легочной хирургии, был в полной мере востребован при оказании помощи раненым в грудь в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. В этот период происходит дальнейшее развитие легочной хирургии, стимулирующее влияние на которое оказали запросы военно-полевой хирургии. Среди них заметное место занимала помощь раненым в грудь с нагноением в легком, плевральной полости, грудной стенке. Известные профессора-ученые, руководители крупных хирургических клиник включились в эту работу. В условиях блокированного Ленинграда П. А. Куприянов и И. С. Колесников организовали и осуществляли специализированную хирургическую помощь раненым в грудь. Стабильные условия Ленинградского фронта позволили им наблюдать таких раненых в течение всего периода их лечения. Это дало возможность обобщить накопленный уникальный опыт лечения широкого спектра инфекционных осложнений ранений груди, в том числе бронхиальных свищей огнестрельного происхождения, детальное изучение которых было проведено И. И. Джанелидзе, других форм нагноения в грудной полости — абсцессов, эмпиемы плевры и пр., предпринятых Ф. Г. Угловым. Эти и другие наблюдения военного времени в последующем были обобщены в «Опыте советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.», «Атласе огнестрельных ранений».

Военный опыт подготовил почву для изучения и развития ряда мирных направлений в грудной хирургии, среди которых одно из ведущих мест заняли различные формы гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры. В 1946 г. В. Н. Шаповым была выполнена первая в Ленинграде резекция по поводу бронхоэктазий. В крупных клиниках Москвы и Ленинграда происходит формирование научно-практических центров, в которых получают подготовку новые поколения торакальных хирургов, ориентированных на лечение различных проявлений легочной патологии.

Успешное развитие легочной хирургии в послевоенные годы во многом определялось возможностями проведения полноценного обезболивания при выполнении оперативных вмешательств на органах груди. В разработке этой проблемы приняли участие многие хирурги, среди которых большой вклад внесли А. А. Вишневский, А. Н. Бакулев, В. И. Казанский, Б. К. Осипов, В. И. Стручков. Широко практиковавшемуся эфирно-кислородному наркозу с помощью маски на смену пришел и получил интенсивное развитие эндотрахеальный способ введения газовой смеси. Возможность точного дозирования соотношения паров эфира и кислорода, подающихся непосредственно в просвет дыхательных путей, а также применение в необходимых ситуациях управляемого дыхания, доступность и удобство эвакуации гноя и патологического содержимого из трахеобронхиального дерева при операциях по поводу нагноительных процессов в легких во многом повысили их безопасность.

К середине 1950-х гг. происходит заметное совершенствование оказания помощи больным с хирургическими заболеваниями легких: разработана техника выполнения резекций, приемы предоперационного и послеоперационного лечения. Актуальность и большая социальная значимость решаемых задач делают целесообразным выделение этого раздела хирургии в самостоятельное направление, требующее дальнейшего интенсивного развития. В 1960-х гг. во Всесоюзном обществе хирургов, а также в ряде республиканских медицинских научных обществ создаются секции сердечно-сосудистой хирургии и пульмонологии. С этого времени содержание специальности «Грудная хирургия» конкретизировано. В нее входит собственно легочная хирургия, которая включает оперативные вмешательства на легких, трахее, бронхах, органах средостения (исключая сердце и крупные сосуды), грудной стенке.

Своеобразие и клиническое разнообразие болезней, ставших объектом изучения и лечения в области грудной хирургии, определили необходимость выделения в ней нескольких крупных направлений: онкологических заболеваний легких, туберкулеза, гнойно-деструктивных поражений, ранений и травм.

Число больных, обращающихся за помощью по поводу гнойно-деструктивных поражений легких, осложнений полученных на войне ранений в область груди, а также после перенесенных ранее оперативных вмешательств на органах грудной полости, в 1960–1970-е гг. было весьма значительным, уступая лишь онкологическим заболеваниям.

Лидирующее место в становлении и развитии легочной хирургии в стране занимают клиники, руководимые выдающимися учеными-хирургами: Б. Э. Линбергом, В. И. Стручковым, И. С. Колесниковым, Н. М. Амосовым, Л. К. Богушем,