

## ЛАПАРОСТОМИЯ И ЭТАПНЫЕ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

ШТУРИЧ И.П.

*УО «Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет»;  
кафедра факультетской хирургии*

**Резюме.** Обзорная статья посвящена одной из самых актуальных проблем хирургии - лечению больных распространенным перитонитом. Медицинскую и социальную значимость проблемы перитонита обуславливает высокий процент осложнений и летальности. Несмотря на многочисленные научные исследования и огромный практический опыт лечения этого заболевания, до конца не решены многие тактические вопросы.

Метод программированных санаций брюшной полости в настоящее время является одним из важнейших компонентов в комплексном лечении больных распространенным перитонитом, особенно в терминальной стадии. Однако до настоящего времени отсутствует четкое определение самого метода лечения, нет четких данных о сроках и кратности выполнения этапных санаций и ревизий брюшной полости, не определены четкие объективные показания как к началу, так и к завершению санаций брюшной полости.

В данной обзорной статье представлены взгляды как отечественных, так и зарубежных ученых на проблему лечения перитонита с использованием метода лапаростомии и этапных санаций брюшной полости. В статье показаны возможности, эффективность, а также определены перспективы использования метода этапных санаций брюшной полости.

**Ключевые слова:** перитонит, программированная релапаротомия, лапаростомия, хирургическая инфекция.

**Abstract.** This review is devoted to one of the most urgent problems of surgery - treatment of patients with generalized peritonitis. Medical and social importance of the problem of peritonitis is conditioned by high percentage of complications and mortality. Despite numerous scientific researches and broad practical experience of treatment for this disease up to the end many tactical questions are not decided.

Programmed peritoneal lavage is one of the major components in complex treatment of especially patients with generalized peritonitis, especially at a terminal stage. However, till now there is no precise definition of the method of treatment, there are no precise data on terms and the number of performance of programmed lavage and inspections of abdominal cavity, precise objective indications both for the beginning, and for the end of peritoneal lavage have not been determined yet.

In the given review the opinions of both domestic and foreign scientists about the problem of treatment for peritonitis with the use of laparostomy and programmed peritoneal lavage are presented. In this review possibilities, efficacy as well as prospects of laparostomy and programmed peritoneal lavage use are shown.

В 80-е годы XX века широкую известность получило понятие “этапный лаваж” (Etappen – Lavage), которое подразумевает проведение плановых санаций брюшной полости при перитоните. Некоторые авторы относят “Etappen – Lavage” к методу “Left – open abdomen” (дословно – живот, оставленный

*Адрес для корреспонденции:* г.Витебск, Московский пр-т, д.49, кв.52, д.тел 22-00-48, р.тел. 24-10-55 - Штурич И.П.

открытым) [75, 85, 86]. Сущность метода заключается во временном ушивании передней брюшной стенки и выполнении систематических ревизий и санаций брюшной полости. Методику плановых санаций брюшной полости иначе называют плановыми релапаротомиями [14], запланированными релапаротомиями [27], санационными релапаротомиями [16, 17], этапными санациями [34], программными

ми санациями [58], послеоперационными санациями [38], программированной лапаростомией [20], программированной лапаротомией [36], управляемой лапаростомией [18, 54], программированным перитонеальным лаважем [26], программированными релапаротомиями [40], прогнозируемыми релапаротомиями [7].

Впервые методику открытых методов лечения перитонитов предложил Miculich, который использовал отграничивающую марлевую тампонаду очагов инфекции в брюшной полости при неушитой срединной ране [58].

Жан Луи Фор применил дренирование брюшной полости по Miculich при операциях по поводу рака матки, снизив летальность с 20% до 2,66%. В то же время, он отмечал недостатки марлевого дренажа – тампона в виде возможности формирования кишечных фистул [28].

Большой вклад в лечение тяжелых форм перитонита внес советский хирург Н.С. Макоха, который начал использовать открытое ведение живота в 1949 году [55]. Оптимальным доступом, по мнению автора, является нижняя срединная лапаротомия. Промывания брюшной полости автор не применял, ограничиваясь осушиванием гноя тампонами. Петли кишечника покрывались двуслойной марлевой салфеткой, края которой заправлялись под брюшную стенку на 5-6 см. Поверх салфетки производилась тампонада 6-8 марлевыми тампонами. Через верхний угол лапаротомной раны вводился катетер для подведения антибиотиков. При наличии паралитической кишечной непроходимости накладывалась энтеростома. Через 24 часа производили смену верхних тампонов. Салфетку, покрывающую петли кишечника, удаляли при стихании воспаления, прекращении гнойного отделяемого. На рану накладывали швы. Летальность при этом составила 17,2%. Последующие экспериментальные исследования доказали, что при открытой тампонаде брюшной полости по методу Н.С. Макоха резко уменьшается всасывание токсического экссудата, создаются благоприятные условия для аэрации брюшной полости, что приводит к гибели анаэробов [51].

Второе рождение лапаростомия пережила после публикации D. Steinberg (1979),

A. Dupre et al. (1979). Показанием к применению лапаростомии D. Steinberg считал распространенный гнойный перитонит. При перитоните он сравнивал брюшную полость с огромным абсцессом сложной конфигурации, эффективное лечение которого возможно лишь при широком вскрытии полости и обеспечении адекватного оттока содержимого. Использовался парамедиальный доступ. После туалета брюшной полости лапаротомная рана рыхло тампонировалась с ксилокаином, края раны сближались наводящими швами, которые фиксировали тампоны. С интервалом 48-72 часа производились перевязки со сменой тампонов. Открытым методом автор излечил 13 из 14 больных тяжелыми формами перитонита [83].

### Показания к применению

A. Dupre et al. считали, что применение лапаростомии оправдано при лечении послеоперационных перитонитов, осложненных обширными флегмонами брюшной стенки [68].

S. Maetani и T. Tobe применяли лапаростомию у больных с несостоятельностью швов анастомозов или перфорацией толстой кишки. Авторы использовали открытое ведение брюшной полости при наличии обширных флегмон передней брюшной стенки, при неэффективности дренирования брюшной полости обычными методами и наличии у больных полиорганной недостаточности [77].

E.P. Anderson et al. высказали отрицательное отношение к лапаростомии. Анализируя опыт лечения 20 больных, 12 из которых умерло, авторы подчеркивают, что в процессе лечения у 13 развился септический шок, у 9 больных не удалось справиться с внутрибрюшной инфекцией. Только у 2 больных из 20 не было осложнений. По данным авторов, до применения лапаростомии у аналогичных больных летальность составляла 33% [64].

По мнению французских авторов, показаниями к лапаростомии являются: обширные некрозы париетальной брюшины, несостоятельность анастомозов, гнойное расплавление краев раны, кишечные свищи, некроз внутренних органов при панкреонекрозе, инфаркт кишечника, некротические энтериты и колиты [66, 67, 71, 72, 73].

Немецкие хирурги несколько сузили показания: генерализованный гнойный или каловый перитонит, острый некротический панкреатит и сепсис, при котором брюшная полость не может быть закрыта по чисто техническим причинам – некроз передней брюшной стенки, нежизнеспособность тканей и др. [74].

Ряд авторов [1, 21, 52] сообщает о применении метода лапаростомии при перитоните после огнестрельных и сочетанных ранений брюшной полости.

Б.О. Мильков и соавт. [36] допускают использование лапаростомии при лечении гнойного перитонита у лиц старческого возраста, Н.В. Баулина и соавт. [4] – в септической гинекологии, Р.М. Мухаметзянов и соавт. [37], О.А. Тараскин [49] – в детской хирургии.

В.М. Тимербулатов и соавт. [50] выполняют лапаростомию с плановыми санациями брюшной полости у больных в токсической и терминальной фазе распространенного перитонита.

Б.К. Шуркалин с соавт. [55] показанием к лапаростомии считают послеоперационный перитонит со множественными абсцессами брюшной полости и флегмоной передней брюшной стенки, распространяющейся на все слои.

Н.Н. Каншин, Э.А. Береснева [22] ограничивают показания к программируемым релапаротомиям и доказывают возможность их использования в послеоперационном периоде только при наличии клинико – лабораторных, ультразвуковых и рентгенологических симптомов перитонита.

Наиболее четкие показания к лапаростомии разработали В.К. Гостищев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко [13]. Авторы применяют данный метод лечения при запоздалых релапаротомиях по поводу послеоперационного перитонита; эвентрации через гнойную рану при распространенном перитоните, а также при высоком риске эвентрации; распространенном перитоните в поздней стадии заболевания, сопровождающемся тяжелой эндогенной интоксикацией или полиорганной недостаточностью; распространенном или ограниченном перитоните, сопровождающемся некрозом органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки; анаэробном перитоните.

## Варианты лапаростомий

Метод лапаростомии применяется в различных вариантах. Французские хирурги предложили два варианта метода: “открытая эвисцерация” и “закрытая эвисцерация”. При “открытой эвисцерации” кишечник не изолируется от внешней среды, и брюшная полость остается открытой. Учитывая то, что при данной методике возможно высыхание петель кишечника и реинфицирование раны, было предложено использовать “wound-protector” – полужесткое кольцо с пластиковым прозрачным конусом. Через верхушку конуса пропущен катетер для постоянного или фракционного промывания брюшной полости. Раствор оттекает через трубчатые или полосчатые дренажи, расположенные в различных точках брюшной полости и выведенные наружу. Сторонники “открытой эвисцерации” считают, что основным преимуществом является возможность в любое время видеть и оценивать динамику изменений в брюшной полости [79].

При “закрытой эвисцерации” предусматривается изоляция кишечника от внешней среды без ушивания лапаротомной раны [28, 31, 51]. Для прикрытия кишечных петель используют салфетки, пропитанные вазелином, бетедином или ксилокаином. Ввиду того, что салфетки могут вызвать пролежни на стенке кишки с формированием кишечных свищей, были предложены: нейлоновые повязки [81], перфорированные пластины из мягкого пластика [82], перфорированная синтетическая пленка [44], проницаемая сетка “Марлекс” [76]. Для защиты кишечных петель от внешней среды также были предложены хорошо проницаемые для экссудата пласты полиуретана [78], кровостан [23].

Следует отметить, что деление лапаростомии на “открытую эвисцерацию” и “закрытую эвисцерацию” носит весьма условный характер, так как редко кто из хирургов оставляет лапаротомную рану действительно открытой, т.е. даже без асептической повязки. Тем более сомнительно относить к методам “открытой эвисцерации” укрытие раны пластиковым конусом [58].

На сегодняшний день отсутствует единая точка зрения в терминологии как самого метода лапаростомии, так и методики его применения. Проблема большого количества терминов, обозначающих по сути один и тот же метод лечения, доставляет определенные неудобства в практической работе. Некоторые считают, что термин “лапаростомия” может быть использован только при открытом ведении брюшной полости, он неправомерен при вшивании “молнии – застёжки” [22].

Б.К. Шуркалин и соавт. [55] трактуют метод, предусматривающий необходимость систематической ревизии и санации до ликвидации перитонита, как “программированные ревизии и санации брюшной полости”.

М.И. Кузин [25] выделяет лапаростомию (открытое лечение) без повторных ревизий и программированные этапные промывания брюшной полости.

По мнению В.И. Хрупкина [52], термин “программные санации брюшной полости” является наиболее удачным, так как в зависимости от выраженности воспалительного процесса вырабатывается программа повторных вмешательств, а их смысл все же сводится к санации брюшной полости.

### **Способы временного закрытия брюшной полости**

С целью проведения программируемого лаважа брюшной полости для временного сближения краев раны предложено множество вариантов: ушивание лапаротомной раны через все слои, ушивание за апоневроз и кожу, только за кожу [17, 35, 57]. Ряд авторов применяют приспособления собственной конструкции. Так, Е.И. Брехов и соавт. [5], М.М. Шаферман, Н.И. Изимбергенов [53, 54] используют лапаростомический аппарат; А.Л. Щелоков [58], В.Г. Вальтер и соавт. [7] используют спицы Киршнера.

W. Teichman et al. [84], G.L. Wolsh et al. [87], А.Л. Прусов и соавт. [43], Гостищев В.К. и соавт. [13] используют молнию-застёжку. В фиксации молнии-застёжки разработано несколько вариантов: между кожей и апоневрозом, к апоневрозу, только к коже. Для прочности фиксации молнии-застёжки на коже ис-

пользуют пластинки из нержавеющей стали и резиновые трубки [11].

Для предупреждения эвентрации, в то же время, для неплотного сопоставления краев раны используют лавсановые лигатуры, завязанные на бантик [55].

### **Санация брюшной полости, сроки выполнения**

Сроки выполнения плановых санаций брюшной полости, как и их количество, весьма переменны.

Одни авторы [29] предлагают выполнять этапные санации через каждые 24 часа, другие [10, 53, 54] – через 24 – 48 часов. Многие хирурги только первую санацию выполняют через 24 часа после операции, а все остальные – не ранее, чем через 48 – 72 часа [36, 52, 70, 80]. L.P. Doutré, J. Perissat., J. Saric et al. [69] производят первую санацию через 48 часов, а последующие – не чаще 2-х раз в неделю.

А.Л. Щелоков [58] увеличивает сроки между санациями и допускает выполнение первой санации через 2,5 суток, в последующем интервал между санациями составляет 2,9 суток. Изменение этих временных интервалов, по мнению авторов, ухудшает результаты лечения.

Показания для проведения повторных ревизий и санаций брюшной полости должны определяться объективными критериями (информацией с предыдущей операции, бактериальной обсемененностью), а также клиническими и лабораторными признаками эндотоксикоза [56].

По данным В.М. Буянова и соавт. [6], максимальный интервал между плановыми санациями брюшной полости не должен превышать 5 суток, так как ревизия, санация и разрушение плотных спаек позднее этого срока чреваты опасностью повреждения целостности органов брюшной полости. Авторы рекомендуют выполнять этапные санации брюшной полости с учетом выраженности воспалительного процесса и эндогенной интоксикации через 2 – 4 дня.

Следует подчеркнуть, что первая программная санация является ключевой, и от

тщательности ее выполнения в большей степени зависит исход лечения [58].

Количество плановых санаций брюшной полости определяется уровнем поражения желудочно – кишечного тракта и составляет в среднем 2 – 10 [50, 52, 57].

Обязательным этапом оперативного вмешательства является санация брюшной полости [12, 14, 47]. Если показанность такого рода санаций не вызывает существенных разногласий среди хирургов, то в выборе объема и характера санирующего раствора имеются определенные разногласия [63].

Одни хирурги считают достаточным использование 4 – 5 литров санирующих растворов для адекватного лаважа брюшной полости [24, 46], другие – от 1 до 12 литров [15, 63], третьи [9] используют 18 – 20 литров раствора.

В последние годы получил распространение метод санационной послеоперационной лапароскопии [6, 33]. Лапароскопия как наиболее щадящий метод позволяет проводить раннюю диагностику осложнений после операций на органах брюшной полости, осуществлять динамическое наблюдение за течением воспалительного процесса и тем самым определять прогноз лечения пациентов [42]. Отмечено значительное снижение частоты гнойно – воспалительных осложнений послеоперационных ран, образования кишечных свищей, бронхо – легочных осложнений после лапароскопических санаций по сравнению с традиционными методами лечения перитонита (санация и дренирование брюшной полости, перитонеальный лаваж, программированная релапаротомия) [33].

### **Завершение этапных санаций брюшной полости**

Основными показаниями к завершению санаций и ушиванию лапаростомы являются, по мнению Л.У. Назарова и соавт. [39], отсутствие гнойного отделяемого, массивных наложений фибрина и некротических тканей, полная санация первичного источника перитонита, уменьшение отека стенки кишки и брюшины, появление перистальтики кишечника, уменьшение микробиоза брюшной полости

ниже 10 микробных тел в 1 мл экссудата, нормализация показателей клиничко – биохимических анализов, отсутствие ограниченных межпетлевых гнойников и сращений.

В.Т. Егизарян и соавт. [19] завершают санации брюшной полости при отсутствии гнойного отделяемого из раны, восстановлении перистальтики кишечника, нормализации температуры тела, нормализации лейкоцитарной формулы крови, появлении свежих грануляций в ране.

Н.П. Макарова и соавт. [30] критериями для закрытия лапаростомы считают прекращение накопления мутного экссудата, восстановление перистальтики кишечника, регрессию признаков эндотоксикоза. Критерием эффективности дезинтоксикационных мероприятий, по мнению авторов, является определение среднемолекулярных пептидов, связывающей способности альбумина, показателя преломления плазмы, кристаллоскопии плазмы, интегрального индекса интоксикации.

Основанием для закрытия лапаростомы, согласно данным Ю.В. Стручкова и соавт. [48], являются устойчивая тенденция к разрешению перитонита (прекращение экссудации, регресс воспалительной реакции брюшины, восстановление перистальтики кишечника), а также снижение уровня эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации  $< 3$ , концентрация среднемолекулярных пептидов  $< 0,250$  усл. ед., концентрация мочевины сыворотки  $< 7$  ммоль / л).

С.А. Новодворский [41] показанием к закрытию лапаростомы считает стихание воспалительных явлений в брюшной полости, снижение числа микробов в экссудате брюшной полости до 100000 микробных тел / мл и ниже, восстановление кишечной перистальтики, уменьшение и исчезновение клинических признаков эндогенной интоксикации, стабилизацию гомеостаза и улучшение состояния больного.

А.К. Ерамишанцев и соавт. [20] завершают санации брюшной полости при купировании полиорганной недостаточности, коррекции кислотно-основного состояния, восстановлении моторики кишечника, нормализации внешнего вида париетальной и висцеральной брюшины, изменении характера экссудата от

мутного с запахом к прозрачному без запаха, снижении уровня интоксикации по клиническим и лабораторным данным, а также когда число микробных тел в экссудате перед санацией  $< 1000$  / мл.

Б.Д. Бабаджанов и соавт. [2] к показаниям для окончательного ушивания лапаротомной раны относят регресс перитонита и восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта по данным последней ревизии брюшной полости. Интраоперационными критериями регрессирующего перитонита авторы считали уменьшение отека брюшины и стенок тонкой кишки, восстановление моторной функции кишечника, отсутствие гнойного характера перитонеального экссудата.

М.М. Шаферман [53] предлагает закрывать лапаростому при регрессе воспаления, отсутствии или незначительном количестве экссудата ( $< 200$  мл) и абсцессов, снижении бактериальной обсемененности брюшины до 10 микробных тел на 1 г брюшины, восстановлении перистальтики кишечника, улучшении внешнего вида кишечных петель, нормализации температуры тела, стабилизации гемодинамики, снижении лабораторных тестов интоксикации организма.

В клинике факультетской хирургии В.Н. Шиленок и соавт. [59, 62] наряду с приведенными выше критериями, дополнительными для завершения этапных санаций брюшной полости, используют показатели в мазках-отпечатках париетальной и висцеральной брюшины: нейтрофильные лейкоциты менее 73%, лимфоциты более 16%, моноциты более 8%, а также высокая пролиферативная активность мезотелия.

Особенный интерес представляет реакция брюшины на санацию брюшной полости. После хирургической санации брюшной полости происходит интенсивное выселение макрофагов на поверхность брюшины. Они фагоцитируют погибшие полиморфноядерные лейкоциты, детрит, отмечаются явления фиброклазии. В инфильтрате встречаются полиморфноядерные лейкоциты, лаброциты, лимфоциты. Снижение количества или отсутствие макрофагов в инфильтрате является неблагоприятным прогностическим признаком и на-

блюдается при нарастании интоксикации и прогрессировании заболевания [45].

Плановые санации брюшной полости обуславливают ускоренную смену клеточных реакций в брюшине и способствуют развитию грануляционной ткани. Для окончательного закрытия лапаротомной раны не следует ожидать полного морфологического восстановления брюшины, а достаточно установить, что воспалительный процесс не прогрессирует, появились признаки восстановления в виде зон грануляционной ткани. Окончательное же восстановление брюшины может происходить после ушивания брюшной полости наглухо [3, 8, 41].

Иногда полиорганный недостаток принимает такой характер течения, когда возникает высокий риск смерти больного от сердечной или дыхательной недостаточности при практически устраненном перитоните во время завершающей операции. В таких случаях приходится временно отказаться от завершающей релапаротомии и послойного ушивания операционной раны, ушитой остается только кожа. В отдаленном послеоперационном периоде после стабилизации жизненно важных функций организма проводится устранение дефектов передней брюшной стенки, т.е. завершающую релапаротомию можно отложить на более поздние сроки, когда эта операция может быть выполнена с наименьшим риском для больного [60, 61].

### Заключение

Таким образом, программированные релапаротомии независимо от того, как их называют разные авторы, являются достаточно эффективным и надежным методом лечения распространенных перитонитов в стадии полиорганной недостаточности. Вместе с тем, требуется изучение и разработка, наряду с известными субъективными критериями, как начала, так и завершения программированных релапаротомий, более объективных тестов, поддающихся математической обработке. Наши исследования показали [62], что цитологический контроль воспалительного процесса в брюшной полости можно считать одним из достоверных показателей динамики перитонита.

## Литература

1. Анисимов А.Ю., Чуприн В.Г., Ярадайкин В.В. и др. Перитонеостомия в лечении огнестрельной травмы органов брюшной полости // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов. - Калуга, 1996. - С. 4 - 5.
2. Бабаджанов Б.Д., Тешаев О.Р., Бекетов Г.И. Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов // Вестник хирургии. - 2002. - Т.61. - № 4. - С. 25 - 28.
3. Байчоров Э.Х., Лаврешин Ю.П., Курбанов Ф.Р., Бондаренко А.Г., Макушкин Р.З. Особенности клинического течения и морфологические изменения брюшины при различных видах санации // Материалы III Всероссийской конференции общих хирургов. - Ростов-на-Дону - Анапа., 2005. - С.10 - 11.
4. Баулина Н.В., Макарова Т.И., Баулина Е.А. Программированная релапаротомия при гинекологической патологии // Акушерство и гинекология. - 2001. - № 3. - С. 58 - 59.
5. Брехов Е.И., Шаферман М.М., Изимберген Н.И., Чегин В.М., Серцев А.Н. Управляемая лапаростомия в хирургии перитонита // Хирургия. - 1988. - № 12. - С. 23 - 28.
6. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. и соавт. Программированная санационная видеолапароскопия при распространенном перитоните // Эндоскоп. хир. - 1999. - №1. - С. 13 - 15.
7. Вальтер В.Г., Кутуков В.Е., Журнаджянц В.А. и др. Ушивание ран при релапаротомиях и эвентрациях // Тезисы докладов Всерос. науч. - практ. конф. хирургов. - Улан - Удэ, 1997. - С. 53.
8. Галанкин В.Н., Дадвани С.А., Конюхова Л.В. и др. Морфологические критерии остроты перитонита при лечении его этапными санирующими промываниями брюшной полости // Арх. Пат. - 1989. - № 8. - С. 45 - 51.
9. Галеев М.А., Мустафин Т.И. Тактика хирургического лечения острого гнойного перитонита, вызванного аэробной и анаэробной инфекцией // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II Всерос. съезда хирургов. - М., 1995. - С.43 - 45.
10. Горбачева И.В. Лапаростомия в современной клинике // Материалы III Всероссийской конференции общих хирургов. - Ростов-на-Дону - Анапа., 2005. - С.10 - 11.
11. Гостищев В.К. Пособие по лапаротомии при распространенном перитоните. - М., 1992. - 179 с.
12. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. и др. Многократные плановые санации брюшной полости при тяжелых послеоперационных внутрибрюшных гнойных осложнениях // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезисы докладов VII Всерос. съезда хирургов. - Л., 1989. - С. 32.
13. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. - М. «ГЭОТАР - МЕД», 2002. - 240 с.
14. Грекова. Н.М, Ролик О.Н., Диперман Г.Б. Плановые санационные релапаротомии в лечении распространенного гнойного перитонита // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов. - Улан-Удэ, 1997. - С. 103.
15. Григорьев Г.С. Послеоперационный перитонит. Диагностика и хирургическая тактика // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Куйбышев, 1990. - 24 с.
16. Гусейнов А.Г., Загиров У.З., Омаров М.М. и др. Сравнительная оценка способов детоксикации в лечении огнестрельного перитонита с синдромом полиорганной недостаточности // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов. - Калуга, 1996 - С. 18.
17. Добряков Б.С., Алексеев Б.В., Шестаков В.В. и др. Комплексное лечение распространенного гнойного перитонита // Хирургия перитонита, панкреонекроза, несформированных кишечных свищей. - Иркутск, 1994. - С. 97 - 99.
18. Дыхно Ю.А., Селин С.М., Замощик Б.Г. и др. Управляемая лапаростомия в комплексном лечении перитонита у онкологических больных // Интенсивная терапия в хирургии: Тез. докл. Краевой конф. хирургов. - Красноярск, 1989. - С.62-65.
19. Егизарян В.Т., Некрасов Л.П., Яковенко А.И. и др. Лапаростомия при разлитом гнойном перитоните. // Вестник хирургии. - 1986. - № 2. - С. 50 -52.
20. Ерамишанцев А.К., Кожокару И.Е. О показаниях и технике программированной лапаротомии у больных перитонитом в сочетании с синдромом полиорганной недостаточности // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II Всерос. съезда хирургов. - М., 1995. -С.9 - 11.
21. Иорданская Н.И., Богомолов Н.И. Перитонит при огнестрельных ранениях живота // Тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. хирургов. - Калуга, 1996. - С. 26.
22. Каншин Н.Н., Береснева Э.А. Ряд тактических вопросов местного лечения тяжелых форм гнойного перитонита и значение рентгенологического контроля в послеоперационном периоде // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II Всерос. съезда хирургов. - М., 1995. -С.11 - 13.
23. Корепанов В.И. Лапаростомия в хирургии перитонита (обзор зарубежной литературы) // Неотложная хирургия органов брюшной полости: Сб. науч. тр. - М.,1983. - С. 69 - 74.
24. Кудрявцев Б.П., Мирошин С.И., Семенов С.В. Озонотерапия распространенного перитонита в раннем послеоперационном периоде // Хирургия. - 1997. - № 3. - С. 36 - 41
25. Кузин М.И. Актуальные вопросы классификации и лечения распространенного гнойного перитонита (лекция) // Хирургия. - 1996. - № 5. - С. 9 - 15.
26. Кузин М.И., Дадвани С.А., Егоров А.В. Программированный перитонеальный лаваж при гнойных осложнениях перфоративной язвы желудка // Хирургия. - 1988. - № 12. - С. 121 - 123.
27. Ломидзе Н.Б. Запланированная релапаротомия и обменный плазмаферез в комплексе лечения острого разлитого перитонита // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II Всерос. съезда хирургов. - М., 1995. -С. 46 - 47.
28. Ломидзе Н.Б. Запланированная релапаротомия и

- обменный плазмаферез в лечении распространенного перитонита // Автореф. дис...докт. мед. наук. - Тбилиси, 1992. - 32 с.
29. Лопухин С.Ю., Филимонов М.И. Хирургическая тактика при различных формах перитонита // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезисы докладов VII Всерос. съезда хирургов. - Л., 1989. - С. 72.
  30. Макарова Н.П., Киршина О.В. Лапаростомия в лечении распространенного перитонита // Хирургия. - 2000. - № 3. - С. 30 - 32.
  31. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого гнойного перитонита // Хирургия. - 1984. - № 8. - С. 124 - 127.
  32. Малков И.С. Методология и технология санационной лапароскопии // Эндоскоп. хир. - 2001. - № 5. - С. 34 - 38.
  33. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Зайнутдинов А.М. и соавт. Лапароскопические санации брюшной полости в комплексном лечении перитонита // Хирургия. - 2002. - № 6. - С. 30 - 33.
  34. Марченко В.И., Шумов А.В., Сизых Л.Ф. Динамика системы гемостаза в результате этапных санаций брюшной полости у больных послеоперационным распространенным гнойным перитонитом // Хирургия перитонита, панкреонекроза, несформированных кишечных свищей. - Иркутск, 1994. - С. 78 - 79.
  35. Мильков Б.О., Кулачек Ф.Г., Смирнова Н.А. и др. Метод санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните // Клиническая хирургия. - 1985. - № 2. - С. 60 - 61.
  36. Мильков Б.О., Шамрей Г.П., Дейбук Г.Д. Программированная лапаротомия в диагностике и лечении патологии брюшной полости // Хирургия. - 1989. - № 10. - С. 79 - 81.
  37. Мухаметзянов Р.М., Гоштинце Н.Т., Филиппов Ю.Г. Лапаростомия в детской хирургии // Клиническая хирургия. - 1986. - № 6. - С. 56 - 57.
  38. Мышкин К.И., Коссович М.А., Алипов В.В. Послеоперационная санация брюшной полости при перитоните // Клиническая хирургия. - 1990. - № 1. - С. 52 - 54.
  39. Назаров Л.У., Агавелян А.М., Минасян А.М. Лечение перитонита методом лапароскопии с применением полимерных материалов // Хирургия. - 1994. - № 10. - с. 39 - 41.
  40. Нихинсон Р.А., Данилина Е.П., Гитлина А.Г. Программированная релапаротомия в лечении разлитого перитонита // Вестник хирургии. - 1990. - № 12. - С. 106 - 108.
  41. Новодворский С.А. Лапаростомия в лечении распространенного перитонита на фоне несформированных кишечных свищей: Дис...канд. мед. наук: 14.00.27. - Ставрополь, 2000. - 203 с.
  42. Перминова Г.И., Родоман Г.В., Соколов А.А. и соавт. Санационная послеоперационная лапароскопия с бактериологическим экспресс - методом в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом // Вестник хирургии. - 1999. - Т. 158. - № 4. - С. 73 - 76.
  43. Прусов А.Л., Шлябин Е.Г. Управляемая лапаростомия при лечении перитонита // Хирургия. - 1989. - № 2. - С. 10 - 13.
  44. Родионов С.Ю., Соколович Г.Е., Слепушкин В.Д. Комплексная детоксикационная терапия разлитых перитонитов // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезисы докладов VII Всерос. съезда хирургов. - Л., 1989. - С. 108.
  45. Серов В.В., Пауков В.С. Воспаление. - М.: Медицина, 1995. - 640 с.
  46. Струсов В.В. Особенности хирургического лечения и коррекция метаболических и функциональных нарушений при гнойном перитоните // Автореф. дис...докт. мед. наук. - Москва, 1993. - 32 с.
  47. Стручков Ю.В., Муравьев С.М. Клиническая характеристика методов хирургической санации брюшной полости при распространенном послеоперационном перитоните // Проблемы неотложной хирургии: сб. научн. работ. / Московский мед. стоматологич. ин - т. М., - 1998. - Т. 6. - С. 66 - 67.
  48. Стручков Ю.В., Муравьев С.М. Хирургическая санация брюшной полости при распространенном послеоперационном перитоните // Новости хирургии, 1997. - № 3. - С. 20 - 27.
  49. Тараскин О.А. Лапаростомия в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита аппендикулярного генеза у детей // Дис...канд. мед. наук. - Новокузнецк, 2000. - 155 с.
  50. Тимербулатов В.М., Сахаутдинов В.Г., Хасанов А.Г. и др. Лапаростомия в лечении перитонита // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II Всерос. съезда хирургов. - М., 1995. - С. 50 - 51.
  51. Хотинян В.Ф. Открытый метод лечения послеоперационного перитонита // Автореф. дис...канд. мед. наук. - Кишинев, 1989. - 26 с.
  52. Хрупкин В.И., Щелоков А.Л. Эффективность применения метода лапароскопии при перитоните после сочетанных ранений брюшной полости перитонита // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II Всерос. съезда хирургов. - М., 1995. - С. 51 - 52.
  53. Шаферман М.М. Лечение перитонита управляемой лапароскопией: Дис...докт. мед. наук: 14.00.27. - Москва, 1993. - 235 с.
  54. Шаферман М.М., Изимбергенов Н.И. Управляемая лапаростомия и интраперитонеальная эндосорбция как методы детоксикации в лечении перитонита // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезисы докладов VII Всерос. съезда хирургов. - Л., 1989. - С. 136.
  55. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Гнойный перитонит. - М., 1993. - 144 с.
  56. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Десятилетний опыт лечения больных разлитым гнойным перитонитом // Актуальные проблемы перитонита и острого панкреатита: Тез. докл. II

- Всерос. съезда хирургов. – М., 1995. – С.8 – 9.
57. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Метод многократных ревизий брюшной полости при распространенном гнойном перитоните // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезисы докладов VII Всерос. съезда хирургов. – Л., 1989. – С. 139.
  58. Щелоков А.Л. Программные санации брюшной полости в комплексном лечении распространенного перитонита // Автореф. дис...канд. мед. наук. – Москва, 1994. – 27 с.
  59. Шиленок В.Н., Штурич И.П., Жулев С.А. Критерии завершения программированных релапаротомий // Фундаментальные науки и достижения клинической медицины и фармации: Тезисы докладов 58-й научной сессии ВГМУ. – Витебск, 2003. – С. 82.
  60. Шиленок В.Н., Соболев В.Н., Штурич И.П. Методы завершения программированных релапаротомий // Фундаментальные, клинические и фармацевтические проблемы патологии человека: Сборник научных трудов сотрудников ВГМУ. – Витебск, 2002. – С. 364 – 366.
  61. Штурич И.П. Завершающий этап программированных релапаротомий // Студенческая медицинская наука XXI века: Тезисы докладов II Международной научно-практической конференции. – Витебск, 2002. – С. 95.
  62. Штурич И.П. Цитологический контроль как рациональный и объективный метод в оценке тяжести перитонита и выбора хирургической тактики // Вестник ВГМУ. – Витебск, 2004. – Том 3. - № 4. – С.30 – 38.
  63. Яжек С.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения разлитого гнойного перитонита: Дис...докт. мед. наук: 14.00.27. – Омск., 1992. – 253 с.
  64. Anderson E.D., Mandelbaum D.M., Ellison E. Open packing of the peritoneal cavity in generalized bacterial peritonitis // Amer. J. Surg. – 1993. – vol. 145. - № 1. - p. 131 – 135.
  65. Hoffman R., Kessler W., Amgwerd R. Leff - open abdomen Indications and experiences // Helv. Chir. Acfa, 1985, apr. - 52, (1). - p. 137-142.
  66. Champault G, Frileux P., Michot F. et al. La toilette les peritonites aiguës generalisées // Chirurgie, 1980. - vol. 117. - № 2. - p. 81-86.
  67. Charleux H., Mongredien P., Aufzoy J. P. et al. A propos de La non -feneture pariétale dans, La chirurgie itérative des peritonites // Chirurgie, 1980. - vol. 106. - p. 63 - 65.
  68. Dupre A., Frera G., Guignier M., Peralta I.L. Controlled evisceration in fecalled terminal peritonitis // Nouv. Presse Med. – 1979. – vol. 8. – p. 3257 – 3258.
  69. Doutre L.P., Perissat J., Saric J. et al. La Laparostomie: d'exception dans le traitement des peritonites gravissimes // Ann. Chir. – 1982. – vol. 36. - № 6. – p. 433 – 436.
  70. Duff J.H., Moffat J. Abdominal sepsis managed by leaving abdomen open // Sugery. – 1981. – vol. 90. - № 4. - p. 774 – 778.
  71. Fagneiz P. L. Hag J. M; Regnier B., Ronand J. La laparostomie une technique d'exception dans le traitement des peritonites «depassees» // Concours med, 1979. - vol. 101. - p. 4569-4573.
  72. Guivarc'h K, Rouillet - Andry J. C., Chapmann A. La non fermeture parictale dans la chirurgie itezative des peritonites // Chirurgie, 1979. - vol. 105. - № 4. – p. 287-291.
  73. Hay I. M. «Les venters - laisses ouverts» - chimrgie, 1979, v. 105, p.508-10. // Chirurgie, 1979. - vol. 105. – p. 508 - 510.
  74. Hoffman R., Kessler W., Amgwerd R. Leff - open abdomen Indications and experiences // Helv. Chir. Acfa, 1985, apr. - 52, (1). - p. 137-142.
  75. Kern E, Klane P., Arbogast R. Programmierter Peritoneal Lavage bee diffuser Peritonitis // Chirurg, 1983. - vol. 54, p. 306 - 310.
  76. Kuijjer P.J., Kootstra G., Krom R.A.F., Wouters D.B. Die halboffene Behandlung der eitrigen Peritonitis // Langenb. Arch. Chir. – 1980. – Bd. 352. – S. 322.
  77. Maetani S., Tobe T. Open peritoneal drainage as effective treatment of advanced peritonitis // Surgery. – 1981. - vol. 90. - № 5. - p. 804 – 809.
  78. Mailard J.N., Hay J.M., Duchatelle P. Et al. Les ventres laisses ouverts // Chirurgie, 1979. - vol. 105. - № 6. – p. 508 - 510.
  79. Neidhardt J.H., Kraft F., Morin A. Et al. Le traitement «a ventre ouvert» de certaines peritonites et infections parietales abdominales graves // Lyon. Chir. – 1979. – vol. 75. - № 4. - p. 272 – 274.
  80. Polk H.C. Concealed progress in the management of severe surgical infection // Amer. J. Surg. – 1991. – vol. 162 (3). - p. 195 – 196.
  81. Richardson J.D., Polc H.C. Never adjunctive treatment for peritonitis // Surgery. – 1981. - vol. 90. - № 5. - p. 917 – 918.
  82. Simici P., Ratiu O., Popa F. «Abdomenul deschis» – metoda de treatment al peritonite lor postoperatoril // Chirurgie, 1982. - vol. 31. - № 6. – p. 401 - 408.
  83. Steinberg D. On leaving the peritoneal cavity open in acute generalized suppurative peritonitis // Amer. J. Surg. – 1979. - Vol. 137. - № 2. - p. 216 – 220.
  84. Teichmann W. et all. Zipper as a new method of temporary abdominal wall closure in abdominal surgery // Chirurgie, 1985. - № 3. – s. 173 - 178.
  85. Teichmann W., Eggert A, Witmann D Bocher W. Der Reibverschub abs neue Methode des temporaren Bauchdeskenverschlusser in der Abdominalchirurgie // Der chirurg, 1985. - vol. 56. № 3. - p. 173-178.
  86. Teichmann W., Witman P. V., Anderson P. H. Scheduled reoperations (Etappenlavage) for diffuse peritonitis // Arch. Surg., 1986. - vol.121. - p. 147-152.
  87. Wolsh G.L. et all. The open abdomen. The Marlex mesh and zipper technique: a method of managing intraperitoneal infection // Surg. Clin. North. Am. – 1988. - vol. 68. - № 1. - p. 25 – 40.

Поступила 08.07.2005 г.

Принята в печать 26.09.2005 г.