Мамыкин Александр Игоревич. Хирургическая тактика у больных распространенным гнойным перитонитом: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.17 / Мамыкин Александр Игоревич;[Место защиты: ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова].- Москва, 2014.- 133 с.

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА**

На правах рукописи

Мамыкин Александр Игоревич

**Хирургическая тактика у больных распространенным гнойным**

**перитонитом**

14.01.17- хирургия Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель д.м.н. профессор Бокарев Михаил Игоревич

Москва 2014 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 10

1. Введение 10
2. [Абдоминальная хирургическая инфекция 15](#bookmark2)
3. [Общие принципы лечения перитонита 19](#bookmark3)
4. [Варианты ведения перитонита - закрытый и открытый методы ведения, программный режим и режим «по требованию» 22](#bookmark4)
5. [Тактика «source control» 29](#bookmark5)
6. [Методы лапаростомии в лечении перитонита 32](#bookmark7)

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 42

1. Общие данные 42
2. Деление больных на группы. Характеристика сформированных

групп 46

1. Статистический анализ 53

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ 54

* 1. [Общая характеристика исследуемых больных 54](#bookmark9)
  2. Общая характеристика группы закрытого ведения больных

распространенным гнойным перитонитом 55

* 1. Общая характеристика группы открытого ведения больных

распространенным гнойным перитонитом 56

* 1. Общая характеристика группы больных распространенным гнойным

перитонитом, у которых применена традиционная лапаростомия 57

* 1. Общая характеристика группы больных распространенным гнойным

перитонитом, у которых применена активная лапаростомия 58

з

ГЛАВА IV. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ 60

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 102

[ВЫВОДЫ 113](#bookmark18)

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 115

[СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ 116](#bookmark19)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 118

[БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК 119](#bookmark20)

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность**

Лечение распространенного гнойного перитонита (РГП), осложняющего течение острых воспалительных процессов в животе, не теряет своей актуальности.

В структуре хирургической заболеваемости перитонит и вызывающие его деструктивные процессы занимают лидирующие позиции. Летальность таких пациентов не имеет тенденции к снижению и варьирует от 19 до 70% [Савельев B.C., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство // Под редакцией B.C. Савельева, А.И. Куприна. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - Т2. - 832с; Ерюхин И.А., Шляпников С.А., Ефимова И.С. Перитонит и абдоминальный сепсис // Инфекции в хирургии. - 2004. - Т2. №1. - С. 2 - 8].

Вне дискуссии медицинского сообщества остаются основополагающие принципы лечения перитонита - максимально раннее хирургическое устранение источника воспаления брюшины и адекватная санация брюшной полости. Однако вопрос выбора оптимальной хирургической тактики по-прежнему окончательно не решен, хотя и позиционируется медиками, как ключевой, оттесняющий антибактериальное лечение и интенсивную терапию на второй план.

На сегодняшний день хирургическая тактика лечения распространенного перитонита может быть разделена на два способа, в зависимости от того, как завершают первичную операцию - закрывают живот, или - нет. Если после чревосечения, ликвидации источника перитонита и санации брюшной полости, лапаротомную рану ушивают наглухо, говорят о закрытом способе хирургического лечения. В том случае, когда лапаротомную рану не ушивают, а завершают операцию лапаростомией, речь идет об открытом способе.

Часть врачей отдает предпочтение закрытому хирургическому способу. Они отводят ключевую роль первичной операции, зашивают брюшную полость наглухо, проводят коррекцию гомеостаза, антибактериальную терапию, и, в случае развития внутрибрюшных осложнений, выполняют релапаротомию «по требованию». Однако, по мнению большинства авторов, для исцеления больного РГП, не всегда хватает одного оперативного вмешательства, направленного на ликвидацию источника инфекции, так как деструктивный процесс, захватывающий весь брюшинный покров, поддерживает гнойное воспаление в животе и продолжает являться источником эндогенной интоксикации [Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Черноокое А.И., Плугин О.Г., Игнатенко О.В., Тавадов А.В., Гузоева J1.A. Влияние интраабдоминальной гипертензии на выбор хирургической тактики при распространенном перитоните // Инфекции в хирургии. - 2010. - Т8. №4. - С. 47-52; Макушин Р.З., Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Гадаев Ш.Ш., ГІетижев Э.Б. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2009.-№11.-С. 18-22].

Поэтому, другие приверженцы закрытой хирургической тактики предлагают в сомнительных случаях, ушивать живот наглухо, в течение 24 - 48 часов восстанавливать гомеостаз, проводить антибактериальную терапию, после чего, не дожидаясь развития абдоминальной катастрофы, выполнять программные санационные релапаротомии [Альперович Б.И., Барабаш В.И. Способ наложения управляемой лапаростомии при распространенном перитоните // Бюллетень сибирской медицины. - 2003.-№ 2. - С. 69-72].

Считается, что для использования открытого хирургического способа лечения распространенного перитонита имеются жесткие показания, отражающие грозный, порой необратимый патологический процесс в животе: выраженная кантоминация брюшной полости, гнойный перитонит с фрагментацией гноя, послеоперационный гнойный перитонит с флегмоной брюшной стенки. Однако в одних публикациях предлагают принимать во внимание внутрибрюшную гипертензию (ВБГ), в других Мангеймский индекс перитонита (МИП), в третьих учитывать полиорганную недостаточность (ПОН).

б

Постоянно усовершенствующийся и дополняющийся список показаний к лапаростомии свидетельствует об отсутствии окончательного его варианта.

Дискутабельной остается сама методика лапаростомии. В одних случаях пассивную эвакуацию инфицированной жидкости из брюшной полости осуществляют большими хирургическими тампонами, в других - предлагают использовать различные аспирационные системы.

До сих пор остается не вполне ясным, какому способу ведения больного с осложненной абдоминально инфекцией отдать предпочтение. Как определять показания к ведению программного режима, режима по требованию или лапаростомии, какой метод сопряжен меньшей летальностью и меньшим количеством осложнений. Так же спорным является вопрос о характере оперативного вмешательства, позволяющего адекватно контролировать внутрибрюшную инфекцию. Каковы плюсы ведения больного методом активной лапаростомии.

**Цель исследования**

Улучшить результаты лечения больных РГП.

**Задачи**

1. Оцени і ь результат ы хирургического лечения больных РГП.
2. Оценить результаты закрытого метода хирургического лечения больных РГП.
3. Оценить результаты открытого метода хирургического лечения больных РГ1І.
4. Сравнить результаты хирургического лечения больных РГП различными методами и выявить оптимальный.
5. Верифицировать маркер, позволяющий избрать оптимальную хирургическую тактику лечения больных РГП.

**Научная новизна**

У пациентов с осложненной абдоминальной инфекцией проводится оценка эффективности различных хирургических тактик ведения, поиск оптимального метода лечения перитонита, впервые в России проводится оценка эффективности

метода активной лаиаростомии - определение показаний к ее применению, оценка ее плюсов и минусов; а также поиск маркера, позволяющего дополнить и расширить показания к применению лапаростомии.

Разработана и применена новая методика активной лапаростомии.

**Практическая ценность работы**

Разработана новая методика применения активной лапаростомии.

Проведенное исследование позволило определить оптимальную тактику ведения больных с осложненной абдоминальной инфекцией с различной картиной проявления ПОН.

Проведенное исследование определило отличия между различными методиками программного ведения и выявило наилучший метод этапных санаций.

Методика программных санаций с применением активной лапаростомии проста в освоении, доступна, дешева и может быть использована в широкой хирургической практике, при этом не требует дополнительного обучения.

Проведенное исследование позволит улучшить результаты лечения больных с РГП, путем снижения частоты осложнений и летальности.

**Вид научного исследования**

Проспективно - ретроспективное клиническое исследование.

**Объект исследования и количество наблюдений**

В исследование вошли 235 пациентов с клинической картиной и инструментально - лабораторным подтверждением осложненной абдоминальной инфекцией и РГП, имеющие признаки органной недостаточности по шкале Sepsis (sequential) organ failure assessment (SOFA).

Данные пациенты разделены на 5 основных групп:

1. Пациенты, в лечении у которых применена одна операция.
2. Пациенты, которые были оперированы повторно в программном режиме.
3. Пациенты, которые были оперированы повторно в режиме по требованию.
4. Пациенты, которые были оперированы с применением традиционной лапаростомии.
5. Пациенты, которые были оперированы с применением активной лапаростомии.

**Конкретные методики исследования**

1. У всех пациентов на дооперационном этапе были определены критерии ПОН по шкале SOFA. Всем пациентам производилась оценка тяжести перитонита по МИП.
2. Был проведен сравнительный анализ показателей летальности, частоты развития осложнений, в том числе послеоперационных внебрюшных и внутрибрюшньтх.

**Баїа проведения научного исследования**

Россия, Москва ГБУЗ ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения города Москвы, кафедра госпитальной хирургии № 1 ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

**Положения, выносимые на защиту**

1. Всем больным распространенным гнойным перитонитом перед оперативным вмешательством необходимо оценивать функцию основных органов и систем по шкале SOFA.
2. При наличии признаков полиорганной недостаточности у больных распространенным гнойным перитонитом необходимо использовать открытый метод хирургического лечения.
3. При наличии показаний к использованию открытого метода хирургического лечения распространенного гнойного перитонита необходимо использовать активную лапаростому.

**Апробация и внедрение результатов работы в практику**

Апробация диссертация была проведена на заседании кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России 20.06.2014.

Результаты исследования внедрены в клиническую практику кафедры Госпитальной хирургии №1 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова первого хирургического отделения государственной клинической больницы им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы.

**Личный вклад автора**

Автор принимал непосредственное участие во всех этапах исследования от хирургического лечения, ведения пациентов и до обсуждения результатов для научных публикаций и докладов. Проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Проведено обследование больных, проанализирована медицинская документация. Автор принимал участие в разработке и внедрению новой методики активной лапаростомии - от формулирования идеи устройства, до его воплощения в жизнь, написания патента на полезную модель, клинического применения на практике и анализа результатов применения.

Проведен статистический анализ и обработка полученных данных.

**Публикации**

По материалам диссертации опубликовано 8 научных работ, 3 из которых в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК для публикации научных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. На основе работы получен патент на полезную модель №126587.

**Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращение, библиографического списка. Библиография состоит из 79 отечественных и 49 зарубежных источников. Диссертация изложена на 131 странице машинописного текста, иллюстрирована 21 таблицами и 33 рисунками

выводы

1. Хирургическое лечение больных распространенным гнойным перитонитом сопровождается серьезными тактическими ошибками, в результате которых у 64,2 % пациентов в послеоперационном периоде развиваются осложнения, способные отрицательно влиять на исход заболевания (внутрибрюшные осложнения - 24,7 %, внебрюшные осложнения - 57 %), а уровень летальности достигает 51,5 %.
2. Недооценка исходной тяжести состояния пациентов расширяет

показания к закрытому хирургическому лечению больных распространенным

гнойным перитонитом, в результате чего, у 70,2% наблюдений в

послеоперационном периоде развиваются тяжелые осложнения (внутрибрюшные осложнения - 31%, внебрюшные осложнения - 61,4 %), а летальность находится на уровне 51,5%.

1. В том случае, если закрытый метод хирургического лечения используют строго по показаниям, частота развития внутрибрюшных осложнений снижается до 6,7%, внебрюшных осложнений - до 59,3%, а уровень летальности опускается до 42,4%.
2. Разные способы открытого хирургического лечения больных распространенным гнойным перитонитом позволяют достичь неодинакового клинического результата.

Использование способа традиционной лапаростомии сопровождается развитием жизнеугрожающих осложнений у 83,3% больных (внутрибрюшные осложнения - 10%, внебрюшные осложнения - 83,3 %), а уровень летальности достигает 70%.

Применение способа активной лапаростомии позволяет снизить частоту развития тяжелых осложнений до 14,7% (внутрибрюшные осложнения - 5,9%, внебрюшные осложнения - 11,8 %), а летальность до *32,3%.*

1. Способ активной лапаростомии более эффективен, чем способ традиционной лапаростомии, так как он позволяет снизить частоту развития жизнеугрожающих осложнений в 5,6 раза, а летальность более чем в 2,2 раза.
2. Полиорганная недостаточность является одним из ключевых маркеров, определяющих тактику хирургического лечения больных распространенным гнойным перитонитом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных с распространенным гнойным перитонитом следует производить оценку тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA до выполнения оперативного вмешательства, так как уровень органной недостаточности является одним из маркеров, позволяющих использовать оптимальную хирургическую тактику лечения больных распространенным гнойным перитонитом.
2. При выявлении распространенного гнойного перитонита, флегмоны брюшной стенки, выраженной внутрибрюшной гипертензии, наличии полиорганной недостаточности необходимо прибегнуть к выбору открытого метода хирургического лечения больных распространенным гнойным перитонитом.
3. После того, как оперирующий хирург принял решение об избрании тактики открытого хирургического лечения, следует прибегнуть к использованию способа активной лапаростомии. Это обусловлено тем, что активная лапаростомия имеет самый низкий процент развития послеоперационных осложнений и сопровождается самым низким уровнем летальности у больных распространенным гнойным перитонитом.
4. При формировании активной лапаростомии рекомендуется применение специализированного устройства для активной аспирации экссудата из брюшной полости (патент на полезную модель №126587).

**СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Бокарев М.И., Варданян А.В., Мамыкин А.И., Полякова А.В., Панова
2. В., Молитвословов А.Б. Внутрибрюшная гипертензия в экстренной хирургической клинике. // Журнал Клинический опыт «двадцатки». - 2010. - №11. -С.25-30.
3. Мамыкин А.И., Варданян А.В., Бокарев М.И. Клинический опыт применения метода активной лапаростомии. // Сборник тезисов Итоговой Всероссийской студенческой научной конференции с международным участием «Татьянин День» и конкурса на лучшую студенческую научную работу. Москва. 24-26 января 2012 г. - С. 147-148.
4. Бокарев М.И., Мамыкин А.И., Варданян А.В. Открытый способ хирургического лечения распространенного гнойного перитонита. // Журнал Клинический опыт «двадцатки». - 2013 г. - №1. - С.40-45.
5. Бокарев М.И., Мамыкин А.И., Варданян А.В., Бирюков Ю.В.

Возможности одноэтапного лечения распространенного гнойного перитонита закрытым способом. // Журнал Клинический опыт «двадцатки». - 2013 г. - №3. -

1. 32-37.
2. Бокарев М.И., Мамыкин А.И., Варданян А.В., Бирюков Ю.В.,

Молитвословов А.Б. Сравнительная оценка различных способов лечения абдоминальной инфекции, осложненной распространенным перитонитом. // Журнал Хирург. - 2013г. - №8. - С.28-36.

1. Бокарев М.И., Мамыкин А.И., Варданян А.В. Устройство для

активной аспирации жидкости из брюшной полости. // Патент России № 126587. 2012. МГТК: А61В. Патентообладатель: ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России. - №2012141132; заявл. 27.09.2012. Бюллетень № 10 от 10.04.2013

1. Мамыкин А.И., Трифонов С.А., Бокарев М.И. Эффективный способ хирургического лечения распространенного гнойного перитонита. // Сборник тезисов Конференции молодых ученых "Актуальные аспекты диагностики и лечения в абдоминальной хирургии” ФГБУ РНЦХ им. Б.В.Петровского. Москва 26 июня 2014 г. — С.55-57.
2. Мамыкин А.И., Варданян А.В., Бокарев М.И. Сравнительная оценка закрытого и открытого способов лечения больных распространенным гнойным перитонитом. // Сборник тезисов Конференции молодых ученых "Актуальные аспекты диагностики и лечения в абдоминальной хирургии" ФГБУ РНЦХ им. Б.В. Петровского. Москва 26 июня 2014 г. - С.53-55.
3. Мамыкин А.И., Бокарев М.И. Взаимосвязь между полиорганной недостаточностью и внутрибрюшным давлением у больных с распространенным гнойным перитонитом // Сборник тезисов II Всероссийского симпозиума молодых ученых «Современные проблемы хирургии и хирургической онкологии», Москва 21-22 ноября 2014 г.-С. 9-11.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКС - абдоминальный компартмент - синдром

БХ - биохимический анализ

ВБД - внутрибрюшное давление

ВБГ - внутрибрюшная гипертензия

ИВ J1 - искусственная вентиляция легких

МИП - мангеймский индекс перитонита - Mannheim peritonitis index (МРІ) OAK - общий анализ крови ОИМ - острый инфаркт миокарда

ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии

ПДЖ - перфузионное давление живота

ПОН - полиорганная недостаточность

РГП - распространенный гнойный перитонит

СВР - системная воспалительная реакция

СПОН - синдрома полиорганной недостаточности

ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии

УВПЖ - устройства для временного прикрытия живота

APACHE - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

SOFA - Sepsis (sequential) organ failure assessment

TNP - принцип Topical negative pressure

WSACS - World Society of the Abdominal Compartment Syndrome VAC - therapy - метод Vacuum-assisted closure

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Аксенова Н.Н., Ахмеров Ф.Р., Малеев М.В. Мангеймский перитонеальный индекс в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных перитонитом // Общая реаниматология. 2009. - Т5. №1. - С. 32-36.
2. Алешин Д.А. Роль нарушений микроциркуляции стенки тонкой кишки в развитии острой энтеральной недостаточности при распространенном перитоните: Автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.27 / Д.А. Алешин. Астрахань, 2009. С. 23.
3. Альперович Б.И., Барабаш В.И. Способ наложения управляемой лапаростомии при распространенном перитоните // Бюллетень сибирской медицины. - 2003.-№
4. - С. 69-72.
5. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З., Султанов Ш.А. Программированная релапаротомия при перитоните // Хирургия. 2000. - №8. - С. 20-23.
6. Багдасаров В.В., Багдасарова Е.А., Рамишвили В.Ш., Проценко Д.Н., Шапиро Д.А. Этапное лечение посттравматического перитонита у пострадавших с повреждениями живота при сочетанной травме // Инфекции в хирургии. - 2009.- №2.-С. 51-54.
7. Багдасарова Е.А., Багдасаров В.В., Чернооков А.И., Плугин О.Г., Игнатенко О.В., Тавадов А.В., Гузоева Л.А. Влияние интраабдоминальной гипертензии на выбор хирургической тактики при распространенном перитоните // Инфекции в хирургии. - 2010. - Т8. №4. - С. 47-52.
8. Багненко. С.Ф.,. Гринев М.В. // Абдоминальная хирургическая инфекция: перитонит: тез. докл. IV всерос. науч.- практ. конф. М., 2005. - С. 17.
9. Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Макушкин Р.З., Гадаев Ш.Ш., Петижев Э.Б. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните // Хирургия. - 2009. № 11. - С. 18-22.
10. Бордаков В.Н. Санация брюшной полости при послеоперационном перитоните // Актуальные проблемы хирургических инфекций : Материалы V Всерос. науч.- практ. конф. М., 2006 - С. 1719.
11. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И. и др. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита // Хирургия. 2003. - №8. - С. 56-59.
12. Брискин Б.С., Хачатрян Н.Н., Савченко З.И., Хмелевский С.В., Ионов С.А., Поляков И.А. Некоторые аспекты лечения тяжёлых форм распространённого перитонита // Consilium medicum. 2002. - Приложение №2. - С. 17-21.
13. Бузунов А.Ф. Лапаростомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости // Бузунов А.Ф. Москва. Практическая медицина. 2008. - С. 201.
14. Врублевский Н.М. Хирургическая тактика завершения лапаротомии и релапаротомии по поводу разлитого гнойного перитонита: Автореф. дис. . канд. мед. наук : 14.00.27 / Н.М. Врублевский. СПб, 2008. - С. 23.
15. Гаин Ю.М., Алексеев С.А., Богдан В.Г., Синдром абдоминальной компрессии в хирургии // Белорусский медицинский журнал. - 2004. - №3 (9). - С. 31-37.
16. Гельфанд В.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др. Селективная деконтаминация и детоксикация желудочно-кишечного тракта в неотложной абдоминальной хирургии и интенсивной терапии // Вестник интенсивной терапии. - 1995. - №1. - С. 8-11.
17. Гельфанд Б.Р. и др. Биохимические маркеры системной воспалительной реакции: роль прокальцитонина в диагностике сепсиса // Инфекция в хирургии. 2007.-Т5.№1.-С. 18-22.
18. Гельфанд Б.Р., Проценко Д.Н., Чубченко С.В. и др. Синдром интраабдоминальной гипертензии у хирургических больных: состояние проблемы в 2007 г. // Инфекции в хирургии. - 2007. - Т5. № 3. - С. 20-29.
19. Гельфанд Б.Р., Руднов В.А., Проценео Д.Н., Гельфанд Е.Б., Звягин А. А., Ярошецкий А.И., Романовский Ю.Я. Сепсис: определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия // Инфекции в хирургии. - 2004. - Т2. №2.-С. 2-17.
20. Гельфанд Б.Р., Проценко Д. Н., Подачин П. В., Гельфанд Е. Б., Чубченко С. В. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Методические рекомендации / Под редакцией академика РАН и РАМН В. С. Савельева // Новосибирск. «Сибирский успех». - 2008. - С. 31.
21. Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Гиткович В.Е., Гайнулин Ш.М. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему // Вестник интенсивной терапии. - 1996. - №4. - С. 29-35.
22. Глухов А.А. Пути улучшения результатов лечения больных с острым распространенным перитонитом // Актуальные проблемы современной хирургии : Тез. докл. Междунар. конгр. М., 2003 - С. 102.
23. Гостищев В. К. Перитонит // В. К. Гостищев, В. П. Сажин, А. Л. Авдовенко. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2002. - С. 238.
24. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия // М.: Медицина, 1996. - С. 416.
25. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия тяжелых гнойных процессов // Новосибирск.: Наука, 2000г. - С. 314.
26. Григорьев Е.Г., Колмаков С.А. Совершенствование этапной хирургии тяжелых и осложненных форм распространенного гнойного перитонита / Тезисы докл. IV Всероссийской конференции РАСХИ «Абдоминальная хирургическая инфекция». Москва.- 2005.-С. 30-31.
27. Гринев М.В., Голубева А.В. Проблема полиорганной недостаточности // Вестник хирургии. 2001. - № 3. - С. 315.
28. Давыдов Ю.А., Козлов А.Г., Волков А.В.. Перитонеально-энтеральный лаваж при общем гнойном перитоните // Хирургия.- 1991. - №5. - С. 13-18.
29. Дарвин В.В. и др. Лапаростомия в лечении распространенного перитонита // Материалы II Всерос. конф. хирургов. Ростов н/Д., 2003 - С. 12-13.
30. Еремин С.Р., Зуева Л.П. Актуальные проблемы эпидемиологии интраабдоминальных инфекций // Инфекции в хирургии. - 2003. - Т1. №2. - С. 58- 62.
31. Ерюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита // 80 лекций по хирургии / Под ред. B.C. Савельева. М. : Литтерра, 2008. - С. 701-711.
32. Ерюхин И.А., Багненко С.Ф., Григорьев Е.Г., Шляпников С.А., Еремин С.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция - современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы // Consilium medicum. - 2007. -Т5. №1.-С. 6.
33. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Тяжелая абдоминальная инфекция. Проблема перитонита и абдоминальный сепсис // Consilium Medicum. - 2005. - Т7. №6. - С. 468-472.
34. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Хирургическое лечение сепсиса // инфекции в хирургии. - 2004. - Т2. №2. - С. 17-23.
35. Ерюхин И.А., Шляпников С.А., Ефимова И.С. Перитонит и абдоминальный сепсис // Инфекции в хирургии. - 2004. - Т2. №1. - С. 2-8.
36. Жидков С.А. и др. Прогнозирование необходимости повторной санации брюшной полости при лечении распространенного перитонита // Новости хирургии. 2010. - Т18. №2. - С. 50-55.
37. Завада Н.В., Гаин Ю.М., Алексеев С.А. Хирургический сепсис / Минск: Новое знание, 2003 - С. 237.
38. Зубарев П.Н., Врублевский Н.М., Данилин В.И. Способы завершения операций при перитоните // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2008. - №6. - С. 110-113.
39. Зубрицкий В.Ф., Забелин М.В., Левчук А.Л., Покровский К.А., Майоров А.В. Диагностика и лечение синдрома внутрибрюшной гипертензии у больных абдоминальным сепсисом // Инфекции в хирургии. - 2010. - Т8. №4. - С. 36-39.
40. Измайлов С. Г., Рябков М. Г., Щукин А. Ю. Лечение распространенного перитонита аппаратным способом этапных санаций брюшной полости // Анналы хирургии. - 2010. - №2. - С. 7-41.
41. Измайлов С.Г., Рябков М.Г., Щукин А.Ю., Бесчастнов В.В., Мартынов В.Л. Аппаратная управляемая лапаростомия в этапном лечении перитонита с синдромом абдоминальной компрессии // Хирургия. - 2008. - №11. - С. 47-52.
42. Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоятельностью кишечных швов // Лекция для молодых хирургов. - М.: ПРОФИЛЬ, 2004 - С. 64.
43. Кемеров С. В. Декомпрессивная лапаростомия / С.В. Кемеров, Г.Е. Соколович // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. - 2000. - 10-11. - С. 156- 157.
44. Кемеров С.В., Соколович Г.Е. К вопросу классификации лапаростомий // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. - 1998. Т1. №6 - 7. - С. 347.
45. Комаров Н.В., Бушуев В.В., Малагин А.С. Применение лапаростомии и дренирования при лечении перитонита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1998.-Т157.№3.-С. 58-59.
46. Костюченко К.В. Возможности хирургического лечения распространенного перитонита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2004. - Т163. №3. - С. 40-43.
47. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Хирургическая тактика при распространенном перитоните и прогноз его исходов // Российский Медицинский Журнал. - 2005. - №3. - С. 34-37.
48. Костюченко К.В. О вариантах хирургической тактики в лечении распространенного перитонита // Материалы II Всерос. конф. хирургов. Ростов н/Д., 2003 - С. 25-26.
49. Костюченко К.В., Рыбачков В.В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространенного перитонита // Хирургия. 2005. - №4. - С. 9-

13.

1. Кучин Ю.В., Кутуков В.Е., Мустафин Р.Д., Федеров Б.Д. Программированные релапаротомии при перитоните / Тезисы докл. IV Всероссийской конференции РАСХИ «Абдоминальная хирургическая инфекция». Москва. 2005. - С.48
2. Лазарев И.Ю., Паршиков В.В., Фирсова В.Г., Градусов В.П. Дискутабельные вопросы хирургической тактики при распространенном перитоните //XI съезд хирургов России 2011. Нижний Новгород. С. 25.
3. Ларичев, А. Б. Лечение распространенного послеоперационного перитонита / А. Б. Ларичев, А. В. Волков, А. Ю. Абрамов // Рос. мед. журн. - 2006. - №1. - С. 8-12.
4. Литвиненко И.В., Алиев Ф.Ш., Крючков И.М., Споров Л.В., Тимохин А.В. Анализ лечения больных с общим перитонитом за 20 лет // Третий конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. М. - 2001. - С. 46-47.
5. Лифшиц Ю.З., Зайченко П.А., Валецкий В.Л., Михальчевский П.С., Федосеев Г.Ю. Лапаротомия в сочетании с вакуум-терапией в комплексном лечении вторичного генерализованного перитонита // Хирургия Украины.- 2012. - №2. -

С. 37-40.

1. Макарова, Н. П. Лапаростомия в лечении распространенного перитонита / Н.П. Макарова, О.В. Киршина // Хирургия. - 2000. - №3. - С. 30-32.
2. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого гнойного перитонита // Вестник хирургии. - 1982. - №8. - С. 124-127.
3. Макушин Р.З., Байчоров Э.Х., Хациев Б.Б., Гадаев Ш.Ш., Петижев Э.Б. Повторные хирургические вмешательства при распространенном гнойном перитоните // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2009. - №11. - С. 18-22.
4. Малышев В.Д. Интенсивная терапия // Под ред. В.Д. Малышева. - М.: «Медицина», 2002. - С. 584.
5. Останин А.А., Леплина О.Ю., Тихонова М.А., и др. Хирургический сепсис // Вестник хирургии. - 2002. - Т161. -№3. - С. 101.
6. Подачин П.В., Чубченко С.В. Показания к этапному хирургическому лечению распространенного перитонита // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Материалы Второго конгр. московских хирургов. М., 2007. - С. 69.
7. Подачин П.В. Распространенный перитонит: проблемы и перспективы этапных методов хирургического лечения // Анналы хирургии. 2004. - №2. - С. 5- 11**.**
8. Савельев B.C. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / М.: Триада-Х, 2005. - С. 640.
9. Савельев B.C. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: Практическое руководство / Под ред. B.C. Савельева, Б.Р. Гельфанда. - М.: Литерра, 2006. - С. 168.
10. Савельев B.C. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: Практическое руководство / Савельев B.C., Гельфанд Б.Р. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - С. 352.
11. Савельев B.C. и др. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонит // Анналы хирургии. 2009. - № 4. - С. 5-10.
12. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р. Перитонит. Практическое руководство // Москва. Издательство «Литтерра». - 2006. - С. 208.
13. Савельев B.C., Гельфанд Б.Р. и соавт. Абдоминальная хирургическая инфекция Российские национальные рекомендации / B.C. Савельев, Б.Р. Гельфанд. - Москва, 201 1. - С. 100.
14. Савельев B.C., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство // Под редакцией B.C. Савельева, А.И. Куприна. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - Т2. - С. 832.
15. Савельев B.C., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Подачин П.В., Чубченко С.В. Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита варианты тактических решений // Инфекции в хирургии. - 2009. - Т7. №4. - С. 26-

31.

1. Савельев B.C., Филимонов М.И., Подачин П.В., Чубченко С.В. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита // Анналы хирургии. - 2008. - №1. - С. 26-32.
2. Сажин В.П. и др. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия. 2007. - №11. - С. 36-39.
3. Светухин А.М., Жуков А.О. Хирургический сепсис: клиника, диагностика и лечение // Инфекции и антимикробная терапия 1999. - №2. - С. 50-53.
4. Седов В.М., Лучкин В.В., Стрижелецкий Г.М. и др. Программированная санационная лапароскопия в лечении перитонита // Первый конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». Тезисы докладов. Москва. - 2005. - С. 153-154.
5. Совцов С.А., Шестопалов С.С., Михайлова С.А. Динамика измерения внутрибрюшного давления у больных после операции на органах брюшной полости // Пермск. мед. журн. - 2005.; 22 (3). - С. 89-93.
6. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С., Богницкая Т.Н. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // Хирургия, 2000. - №4. - С. 58-62.
7. Цхай В.Ф. и др. Десятилетний опыт применения управляемой лапаростомии в лечении распространенного гнойного перитонита // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2011. - Т170. №1. - С. 54-57.
8. Чубченко С.В., Подачин П.В. Выбор хирургического лечения распространенного перитонита // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Материалы Второго конгр. московских хирургов. М., 2007.-С. 71.
9. Шуркалин Б. К. Гнойный перитонит // Б. К. Шуркалин. - М.: Два Мира Принт, 2000. - С. 224.
10. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита // Хирургия. - 2007. - №2. - С.24-28.
11. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита //Хирургия. - 2001. - №8. - С. 8-12.
12. Adkins AL, Robbins J, Villalba M, et al: Open abdomen management of intraabdominal sepsis //Am Surg. - 2004. №70. - p. 137-140.
13. Anderson O, Putnis A, Bhardwaj R, Ho-Asjoe M, Carapeti E, Williams AB, George ML. Short and long term outcome of laparostomy following intra-abdominal sepsis // Colorectal Dis. 2011 Feb; 13(2) - p. 20-32.
14. Ari К Ari К Leppaniemi. Laparostomy: why and when? // Leppaniemi Critical Care. 2010, 14.-p. 216.
15. Bailey CM, Thompson-Fawcett MW, Kettlewell MG, Garrard C, Mortensen NJ. Laparostomy for severe intraabdominal infection complicating colorectal disease // Dis Colon Rectum 2000;43. - p. 25-30.
16. Banwell PE, Teot L. Topical negative pressure (TNP): the evolution of a novel wound therapy //J Wound Care. - 2003. - №12. - p. 22-28.
17. Barker DE, Kaufman HJ, Smith LA, Ciraulo DL, Richart CL, Bums RP. Vacuum pack technique of temporary abdominal closure: A 7 year experience with 112 patients //J Trauma. - 2000. - №48. - p. 201-217.
18. Berger D, Buttenschoen K. Management of abdominal sepsis. Langenbecks Arch Surg. - 1998. - 383. -p. 35-43.
19. Bone RC, Balk RA, Cerra FB. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine. - 1992 Jun; 101(6): 1644-55.
20. Brox-Jimenez A, Ruiz-luque V, Torres-Arros C. Experience with the Bogata bag technique for temporary abdominal closure //Cir Esp. - 2007. - №83. - p. 150-154.
21. Campbell AM, Kuhn WP, Barker P. Vacuum-assisted closure of the open abdomen in a resource-limited setting //S Afr J Surg. 2010 Nov;48(4). - p. 114-115.
22. Cheatham ML Intra-abdominal hypertension and alxlominal compartment syndrome. //NewHorizons: Ski and Pi act Acute Med. - 1999. №7. - p. 96-115.
23. Cheatham ML, White MW, Sagraves SG et al. Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension //J Trauma . - 1998. -№49. - p. 621-626.
24. Chen SZ, Li J, Li XY. Effects of vacuum-assisted closure: an experimental study // Asian J Surg. - 2005. - №28. - p. 211-217.
25. Cipolla J., Stawicki S.P., Hoff W.S. et. al. A proposed algorithm for managing the open abdomen // Am. Surg. 2005. - Vol. 71. - p. 202-207.
26. Cohn S.M., Giannotti G., Ong A.W. et al. Prospective randomized trial of two wound management strategies for dirty abdominal wounds // Ann. Surg. - 2001. - Vol. 233. - p. 409.
27. de Laet IE, Malbrain M. Current insights in intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome // Med Intensiva. - 2007. - №31. - p.88-99.
28. Der Mannheimer Peritonitis Index / MM Linder, H Washa, U Feldmann et al. // Chirurg 1987. Vol. 58. № 5. - p. 84-92.
29. Durmishi Y, Gervaz P, Buhler L, Bucher P, Zufferey G, Al-Mazrouei A et al. Vacuum-assisted abdominal closure: its role in the treatment of complex abdominal and perineal wounds. Experience in 48 patients // J Chir (Paris). - 2007. - №144. - p. 209- 213.
30. Fieger AJ, Schwatlo F, Mundel DF, Schenk M, Hemminger F, Kirchdorfer B, Ruppert R, Niissler NC. Abdominal vacuum therapy for the open abdomen - a retrospective analysis of 82 consecutive patients // Zentralbl Chir. - 2011 Feb;136(l). - p. 56-60.
31. Gamer GB, Ware DN, Cocanour CS, et al.: Vacuum-assisted wound closure provides early fascial reapproximation in trauma patients with open abdomens // Am J Surg. - 2001, 182.-p. 630-638.
32. Germano NG, Goncalves IG, Moya B, Ribeiro R. Vacuum-assisted closure of laparostomy, an effi cient strategy for complicated intra-abdominal infection // 30th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine. Brussels, Belgium, 9-12 March 2010. Critical Care 2010, Volume 14 Suppl 1. P.389. p. 131.
33. Gonullu D, Koksoy FN, Demiray O, Ozkan SG, Yucel T, Yiicel O. Laparostomy in patients with severe secondary peritonitis // Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009 Jan;15(l):52-7.
34. Hadeed JG, Staman GW, Sariol HS, Kumar S, Ross SE. Delayed primary closure in damage control laparotomy: the value of the Wittmann patch // Am Surg. - 2007. - №73.-p. 10-12.
35. James Horword, Fayaz Akbar, Andrew Maw. Initial experience of laparostomy with immediate vacuum therapy in patients with severe peritonitis // Ann R Coll Surg Engl. - 2009. - №91. - p. 681-687.
36. Jimenez MF, Marshall JC. Source control in the management of sepsis // Intensive Care Med. - 2001.- № 27. - p. 49-62.
37. John C. Marshall, MD; Ronald V. Maier, MD, FACS; Maria Jimenez, MD; E. Patchen Dellinger, MD. Source control in the management of severe sepsis and septic shock: An evidence-based review // Crit Care Med 2004 Vol. 32, No. 11 (Suppl.) p. 513-526.
38. Kaplan M. Managing the open abdomen // Ostomy Wound Manage. 2004;50(2 suppl). - p. 1-8.
39. Koperna T, Schulz F. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intraabdominal infection // World J Surg. - 2000; 24 (1). - p. 32-37.
40. Malangoni M.A. Evaluation and management of tertiary peritonitis // Am. Surg. - 2000.-Vol. 66.-p. 157.
41. Malbrain ML, Chiumello D, Pelosi P et al. Prevalence of intra-abdominal hypertension in critically ill patients: a multicentre epidemiological study // Intensive Care Med. - 2004. - №30. - p. 822-829.
42. Malbrain ML, Chiumello D, Pelosi P et al. Incidence and prognosis of intraabdominal hypertension in a mixed population of critically ill patients: a multiple- center epidemiological study // Crit Care Med. - 2005. - №33. p. 315-322.
43. Malbrain MLNG. Abdominal pressure in the critically ill. Curr Opin // Crit Care. - 2000. - №6. - p. 17-29.
44. Marshall JC. Clinical trials of mediator-directed therapy in sepsis: what have we learned? // Intensive Care Med. - 2000. - №26. - p. 75-83.
45. McLeod RS, Wright JG, Solomon MJ, et al. Randomized controlled trials in surgery: issues and problems // Surgery. - 1996. - №119. - p. 483-486.
46. Moshe Schein. Surgical management of intra-abdominal infection: is there any evidence? // Langenbeck’s Arch Surg. - 2002. №387. p. 1-7
47. Moshe Schein, John C. Marshall. Source Control: A Guide to the Management of Surgical Infections / Secaucus, New Jersey, U.S.A.: Springer Verlag, 2002. 470 total pages.
48. Moshe Schein, M.D., John Marshall, M.D. Source Control for Surgical Infections // World J. Surg. - 2004. №28. - p. 638-645.
49. M. D’Hondt, A. D’Haeninck, L. Dedrye, F. Penninckx and R. Aerts, «Can Vacuum-Assisted Closure and Instillation Therapy (V. A. C.-Instill Therapy) Play a

Role in the Treatment of the Infected Open Abdomen?» // Techniques in Coloproctology, Vol. 15, №1. 2011. - p. 75-77.

1. Nagomey DM, Adson MA, Pemberton JH: Sigmoid diverticulitis with perforation and generalized peritonitis // Dis Colon Rectum. 1985; 28. - p. 71-75
2. Pascal Steenvoorde, MD, MSc, PhD; Adriaan den Outer, MD; and Peter Neijenhuis, MD. Stomal Mucocutaneous Dehiscence as a Complication of Topical Negative Pressure Used to Treat an Open Abdomen: A Case Series // Ostomy Wound Management 2009; 55(6). - p. 44-48.
3. Rao M, Burke D, Finan PJ, Sagar PM. The use of vacuum-assisted closure of abdominal wounds: a word of caution // Colorectal Dis. - 2007. - №9. - p. 266-268.
4. Swan M.C., Banwell P.E. The open abdomen: aetiology, classification and current management strategies // J. Wound Care. - 2005.- Vol. 14 (1). - p. 7-11.
5. Van Goor H Hulsebos RG, Bleichrodt RP. Complications of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis // Eur J Surg. - 1997. - № 163. - p. 61-66.
6. van Hensbroek PB, Wind J, Dijkgraaf MGW, Busch ORC, Goslings JC: Temporary closure of the open abdomen: A systematic review on delayed primary fascial closure in patients with open abdomen // World J Surg. - 2009. - T33. p. 199- 207.
7. Verdam FJ, Dolmans DE, Loos MJ, Raber MH, de Wit RJ, Charbon JA, Vroemen JP. Delayed primary closure of the septic open abdomen with a dynamic closure system // World J Surg. 2011 0ct;35(10). - p. 2348-2355.
8. Wittmann DH Staged abdominal repair: development and current practice of an advanced operative technique for diffuse suppurative peritonitis // Acta Chir Austriaca. -2000.-№32.-p. 171-178.
9. Wondberg D, Larusson HJ, Metzger U, Platz A, Zingg U. Treatment of the open abdomen with the commercially available vacuum-assisted closure system in patients with abdominal sepsis: low primary closure rate // World J Surg. - 2008. - №32. - p. 2724-2729.

''ч- ^

1. Wolvos Т (2004) Wound Instillation-The next step in negative pressure wound therapy. Lessons learned from initial experiences. Ostomy Wound Manag 50. - p. 56- 66**.**
2. Zuhlk H., Gortz G.J. Intraabdominelle geschlossene V.A.C. Therapie bei nekrotisierender pankreatitis in kombination mit programmierter relaparotomie // Abstracts Dreei Lander Kongress 2010 V.A.C. Therapy. - 2010. - p. 25-28.