



004614747

*На правах рукописи*

КЛИМЕНТОВ АЛЕКСАНДР АЛЕКСЕЕВИЧ

**ПРОГРАММНАЯ САНАЦИЯ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

- 2 ДЕК 2010

Волгоград – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Быков Александр Викторович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Мустафин Роберт Дамерович**

доктор медицинских наук **Климович Игорь Николаевич**

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Росздрава

Защита состоится «9» декабря 2010 года в «11<sup>00</sup>» часов на заседании диссертационного совета Д 208.008.03 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава по адресу: 400066 Россия, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Росздрава

Автореферат разослан «5» ноября 2010 года

Ученый секретарь  
диссертационного совета ВолГМУ  
доктор медицинских наук, профессор

Л.Д. Вейсгейм



сти, для борьбы с которой применяются различные способы интубации кишечника (Ю.М. Гальперин, 1975; Б.Д. Дурманов, 1990; Э.А. Нечаев с соавт., 1993; А.С. Снегоренко с соавт., 1999; В.В. Кирковский с соавт., 2000; Ш.А. Султанов, 2002; А.А. Глухов с соавт., 2005; J.M. Todd, 2001). В настоящее время считается, что преимущество выбора следует оставлять за неинвазивными методами декомпрессии кишечника, среди которых лазоингестинальная интубация является предпочтительной (И.А. Ерюхин, 2003; К.В. Костюченко с соавт., 2005; В.С. Савельев с соавт., 2007). Результаты использования интубации тонкой кишки при распространенном перитоните, в основном, благоприятны, но в работах разных авторов также прослеживается довольно широкий «разброс» цифр летальности от 13,9 до 64,7% (В.М. Бужнов с соавт., 1997; Р.А. Ашрафов, М.И. Давыдов, 2001; A. Del-Pino et al., 1997), что говорит о неоднозначности проблемы и служит поводом к дополнительному изучению вопроса декомпрессии кишечника при распространенном перитоните.

Серьезную проблему, мало рассматриваемую в современной литературе, представляют обширные нагноения послеоперационных ран передней брюшной стенки после выполнения программных санаций при распространенном перитоните. Гнойные осложнения со стороны раны, по данным различных авторов, развиваются у 8-100% больных перитонитом, эвентрация внутренних органов в послеоперационную рану встречается у 3-11% пациентов, частота рецидивов эвентрации достигает 30-45% (С.А. Совцов, 1992; Е.В. Нечаев с соавт., 1995; В.А. Кузнецов с соавт., 1997; О.О. Беляев, 1998; Б.С. Брискин с соавт., 2000; В.К. Гостищев с соавт., 2002; Б.К. Шуркалин с соавт., 2003; М.В. Кукош с соавт., 2005; И.П. Марченко, 2005; А.Б. Ларичев с соавт., 2006; Э.Г. Толупов с соавт., 2006; Э.Х. Байчоров с соавт., 2007; В.А. Овчинников с соавт., 2007; С.П. Черенков с соавт., 2007; Н.М. Врублевский, 2008; Л.Л. Плоткин, 2008; Г.И. Синенченко с соавт., 2009; S.A. Huseynov, 2004). Эвентрация в сочетании с флегмоной брюшной стенки, что выпуждает прибегать к открытой лапаростомии, развивается с частотой 7-8% (В.К. Гостищев с соавт., 1992; В.И. Хрупкин, 1998; А.Е. Костин, 2001) и приводит к возникновению кишечных свищей, что в 73-85% заканчивается летальным исходом (И.И. Шокас, 1996; Н.Н. Каншин, 2004). Неудовлетворительные результаты лечения и закрытия лапаростомных ран являются стимулом к научной разработке обоснованных новых способов и методик.

В результате различных иммунологических исследований, выполненных за последние десятилетия, установлено, что у больных с тяжелыми формами распространенного гнойного перитонита развивается выраженный иммунодефицит. А при выполнении программных санаций брюшной полости ситуация усугубляется вследствие многократной хирургической агрессии (Б.Н. Шах с соавт., 1991; В.Ф. Хотинян, Ю.Д. Борщ, Ю.А. Андреев, 1991; К.Г. Жестков с соавт., 1993; Н.Ю. Келина, 1996; Брискин Б.С. с соавт., 2004; Б. Р. Гельфанд с соавт., 2004; Ю. М. Круглянский с соавт., 2005). Иммуносупрессивные реакции различной природы проявляются у трети больных уже на ранних стадиях гнойно-септической патологии, а иммуносупрессорные тенденции у больных с хирургическим сепсисом доминируют в определении структуры вторичной иммунной недостаточности. Обшая иммунодепрессия отмечается у 70% септических больных (В.К. Козлов, 2002). В настоящее время продолжается поиск и внедрение в клинику различных иммуномодуляторов и иммунокорректоров, что позволяет несколько улучшить результаты лечения и послеоперационную летальность (И.С. Исмаилов, 1997; И.А. Ерюхин, 2003; В.И. Мыслик, 2003). Хотя необходимость и эффективность применения различных иммунных препаратов в хирургической практике не вызывает сомнений, к сожалению, до настоящего времени иммунокорректирующие воздействия не входят в комплекс обязательных лечебных мероприятий у больных с гнойной инфекцией брюшной полости (И.А. Ерюхин, 2003; Б.С. Брискин с соавт., 2004).

Таким образом, проблема лечения распространенного перитонита, несмотря на продолжающееся внедрение новых, как правило, трудоемких, многокомпонентных, дорогостоящих и, зачастую, «агрессивных» медицинских технологий, оставляет довольно широкое поле для продолжения научных исследований на современном уровне.

#### Цель работы.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с тяжелыми формами распространенного перитонита с помощью программных санаций брюшной полости.

#### Основные задачи исследования:

1. Анализ результатов лечения больных с распространенным перитонитом различной этиологии по материалам клиники за 10 лет;
2. Изучение результатов программных санаций брюшной полости при перитоните;
3. Уточнение показаний к программным санациям брюшной полости при перитоните;
4. Оценка результатов интубации и дренирования тонкой кишки у больных с перитонитом;
5. Усовершенствование методики ведения больных с обширными гранулирующими ранами брюшной стенки после лапаротомий;
6. Анализ применения ронколейкина с целью коррекции иммунитета у больных с распространенным перитонитом;
7. Разработка и обоснование практических рекомендаций по улучшению результатов лечения у исследуемой категории пациентов.

#### Научная новизна работы:

1. Объектом целенаправленного изучения стало исследование комплексного лечения тяжелых форм перитонита с одновременной оценкой эффективности каждого из важнейших его компонентов: хирургической санации, декомпрессии тонкой кишки и иммунокоррекции;
2. Для обоснования показаний к лечению методом программных санаций брюшной полости в состав балльной суммарной оценки тяжести состояния больного включены выделенные нами интраоперационные признаки прогрессирования перитонита;
3. Предложен и апробирован в клинике способ местного лечения обширных гранулирующих ран передней брюшной стенки.

#### Практическая значимость исследования.

Данная работа направлена на улучшение результатов лечения больных с распространенным перитонитом различной этиологии. Разработаны обоснованные практические рекомендации по программным санациям брюшной полости при распространенном гнойном перитоните. Результаты исследования могут быть широко использованы в условиях общехирургических стационаров.

#### Основные положения, выносимые на защиту:

1. Ключевым методом хирургического лечения тяжелых форм распространенного перитонита, позволяющим улучшить его результаты, являются программные санации брюшной полости;
2. Показания к программным санациям брюшной полости при распространенном перитоните определяются хирургом, выполнившим первую операцию, с учетом

интраоперационных данных и критериев Мангеймского перитонеального индекса;

3. Лечение тяжелых форм распространенного перитонита должно быть комплексным и включать, помимо программных санаций, декомпрессию кишечника, иммуномодулирующую терапию и эффективное местное лечение ран брюшной стенки.

#### Внедрение результатов исследования в практику.

Результаты настоящего исследования внедрены в практику работы хирургического отделения МУЗ «КБ СМП № 15 г. Волгограда», которое является базовым отделением кафедры хирургических болезней и нейрохирургии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета. Материалы диссертационной работы используются на семинарах и лекциях для врачей-курсантов, проходящих усовершенствование на кафедре хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ВолГМУ.

#### Апробация работы.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на 60-й юбилейной открытой итоговой научной конференции студентов и молодых ученых Волгоградской медицинской академии «Медицина в начале нового века: достижения и перспективы» в г. Волгограде (2002 г.), на 62-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых ВолГМУ «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» в г. Волгограде (2004 г.), на Международном хирургическом конгрессе «Новые технологии в хирургии» в г. Ростов-на-Дону (2005 г.), на научно-практической конференции в рамках школы Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям «Актуальные вопросы инфекции в хирургии и интенсивной терапии» в г. Волгограде (2010 г.). Предварительная экспертиза диссертации проведена на межкафедральной конференции кафедр хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, общей хирургии, госпитальной хирургии ВолГМУ с участием сотрудников МУЗ «КБ СМП № 15 г. Волгограда» (2010 г.).

#### Публикации.

По теме диссертации опубликовано 10 работ, из них 3, входящих в перечень российских рецензируемых ВАК научных журналов.

#### Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 135 страницах машинописного текста. Состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Работа иллюстрирована 30 таблицами, и 18 рисунками. Список литературы содержит 239 источников, из них 180 отечественных и 59 иностранных.

### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

#### Материалы и методы исследования.

##### **Характеристика клинического материала.**

Настоящая работа является обобщением опыта лечения 635 пациентов с распространенным перитонитом различной этиологии в хирургической клинике ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета за период с 1999 по 2008 годы.

Основными причинами распространенного гнойного перитонита являлись перфорации полых органов различного происхождения, послеоперационные осложнения и деструктивные формы аппендицита (рисунок 1).



Рис.1. Основные причины распространенного перитонита.

Из исследуемой категории были сознательно исключены больные с панкреатогенным перитонитом, а также пациенты с тромбозом мезентериальных сосудов с тотальным некрозом кишечника, так как данные патологические состояния имеют существенные клинические и патофизиологические особенности.

Среди всех больных с распространенным гнойным перитонитом около 2/3 составили мужчины (427) и 1/3 – женщины (208) (рисунок 2).



Рис.2. Распределение больных с перитонитом по полу.

Возраст пациентов колебался от 15 до 82 лет, при чем 251 (39,5%) больных находились в возрасте максимальной трудовой активности (30-50 лет). Средний возраст мужчин составил 44,5 лет, женщин – 53,6 лет.

С целью оценки тяжести состояния больных и вероятного прогноза развития заболевания использовался Мангеймский перитонеальный индекс (MPI) и классификация септических состояний (Чикаго, 1991). Большинство больных (76,5%) с распространенным гнойным перитонитом относилось ко второй и третьей степени тяжести по MPI (таблица 1).

Таблица 1

## Распределение больных по значению МРІ

Величина МРІ	Число больных	
	Абс.	%
Менее 20 баллов	149	23,5
20-30 баллов	385	60,6
Более 30 баллов	101	15,9
Итого	635	100

Диагноз сепсиса был установлен почти у половины (315 – 49,6%) пациентов, из которых у около 2/3 больных наблюдалось наличие 3 и 4 признаков системного воспалительного ответа (таблица 2).

Таблица 2

## Клинические синдромы системной воспалительной реакции и сепсиса у больных с распространенным гнойным перитонитом

Клинический синдром	Число больных	
	Абс.	%
Отсутствие сепсиса	320	50,4
Сепсис – ССВО 2	38	6,0
Сепсис – ССВО 3	109	17,2
Сепсис – ССВО 4	103	16,2
Тяжелый сепсис	46	7,2
Септический шок	19	3,0
Итого	635	100

Примечание: ССВО 2 – наличие 2 симптомов системного воспалительного ответа; ССВО 3 – наличие 3 симптомов системного воспалительного ответа; ССВО 4 – наличие 4 симптомов системного воспалительного ответа.

С 2004 года в клинике нами используется активная хирургическая тактика в комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом. Данная тактика включает в себя широкое применение метода программных санаций брюшной полости у пациентов с наиболее тяжелыми формами перитонита, использование декомпрессии тонкой кишки при развитии синдрома кишечной недостаточности, иммунокорректирующую терапию, местное лечение лапаростомных ран цинк-желатиновой повязкой. Данные методы описаны ниже. Проведено сравнение результатов лечения (осложнения, количество вынужденных релапаротомий, летальность) больных за два пятилетия (периоды 1999-2003 гг. и 2004-2008 гг.) с учетом внедрения активной хирургической тактики.

## Характеристика методов исследования.

Кроме клинико-лабораторного обследования больных производились инструментальные и другие методы исследования. Ультразвуковое сканирование, выполнялось на серовальной системе "SONOS – 4500" (Германия), работающей в режиме реального времени с частотой датчиков-генераторов (линейного и конвексного) от 1 до 15 МГц. Фиброэндоскопические исследования производились аппаратами PENTAX FG – 29V и OLYMPUS GIF TYPE E3 (Япония). Рентген-диагностика выполнялась на комплексе «Медикс-Р» («АМИКО», Россия). В ряде случаев использовалась мультиспиральная компьютерная томография на аппарате «Somatom Emotion 16» фирмы

«Siemens». При проведении диагностической и лечебно – диагностической видеолaparоскопии применялся манипуляционно – диагностический 10 мм лапароскоп фирмы «R.Wolf» с торцовой оптикой и 5 миллиметровым рабочим кашалом.

Бактериологический анализ выполнялся при помощи посевов исследуемого материала на твердые и жидкие питательные среды с последующей инкубацией в аэробных условиях при 37 °С. После ориентировочной идентификации возбудителя по морфологическим и культуральным тестам определялась чувствительность его к антибиотикам методом диффузии в агаре с помощью бумажных индикаторных дисков. Эмпирическая антибиотикотерапия опиралась на данные бактериологического мониторинга в хирургическом отделении, который проводится непрерывно с 1995 года. При этом учитывались значимые изменения микробного пейзажа у больных с перитонитом.

В комплексном лечении распространенного гнойного перитонита нами был использован препарат ронколейкин® (ООО «БИОТЕХ» г. Санкт-Петербург), который применяли в раннем послеоперационном периоде у больных с программными санациями брюшной полости. Ронколейкин® (зарегистрирован в Российской Федерации и разрешён для медицинского применения и промышленного выпуска Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 249 от 31 августа 1995 г.) – рекомбинантная форма интерлейкина-2 человека (рИЛ-2). Оценку проводимого лечения осуществлялась за счет полного клинико-лабораторного и целенаправленного иммунологического обследования. Работа проводилась при участии и содействии сотрудников Центра клинической аллергологии и иммунологии города Волгограда под руководством доцента Ю.В. Антонова. Определение содержания в крови лейкоцитов и количественная оценка основных типов клеток (лейкоформула крови) осуществлялось с применением микроскопического исследования. Иммунофенотипирование лимфоцитов проводилось с помощью мембранной иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител и регистрировалось цитофлюориметром FACScan (Becton Dickinson, США). Количественное определение иммуноглобулинов сыворотки крови проводилось по методу Манчини. Содержание иммуноглобулинов определялось относительно стандартных диагностических моноспецифических сывороток крови человека против IgG, IgA, IgM (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, г.Москва) с известной концентрацией иммуноглобулинов.

Регистрация материала, статистическая обработка данных, а также графическое исполнение произведены с использованием программы «Biostat» и программ пакета «Microsoft Office»: «Microsoft Access», «Microsoft Excel», «Microsoft Word» на IBM-PC.

Программные санации брюшной полости  
в лечении распространенного гнойного перитонита  
(показания к применению, результаты использования).

При выработке показаний к выполнению программных санаций брюшной полости была ретроспективно отобрана группа пациентов (87 из 327, пролеченных с 1999 по 2003 годы) с прогрессирующим, осложненным течением распространенного перитонита, которым потребовалось выполнение вынужденных релaparотомий «по требованию». При поиске показаний к программным санациям старались выделить наиболее простые и доступные критерии, для определения которых не требовалось бы выполнения дорогостоящих методов диагностики и потери дополнительного времени. При анализе этой группы больных, оказалось, что все пациенты (87) по Мангеймскому перитонеальному индексу относились ко второй или третьей степени тяжести. Учитывая, что МРІ, как единственный критерий, предусмотрен, в основном, для прогнозирования летального исхода и не предназначен для принятия тактических решений в зависимости

\* Автор приносит глубокую благодарность доценту Ю.В. Антонову за помощь при выполнении диссертации.

от динамики заболевания, нами, на основе ретроспективного анализа данных историй болезни, были выделены интраоперационные критерии прогрессирования перитонита, которые в последующем учитывались при определении показаний как к первой, так и последующим программным санациям. Таким образом, нами было предложено суммировать данные МРІ и выделенные интраоперационные критерии для бальной оценки обоснования показаний к лечению с помощью программных санаций. Показания к выполнению программных санаций брюшной полости в лечении распространенного гнойного перитонита представлены в таблицах 3 и 4. При общей сумме баллов более 30 показана первая программная санация брюшной полости.

Таблица 3

## Критерии МРІ

Показания к программным санациям	Баллы
Возраст старше 50 лет	5
Женский пол	5
Наличие органной недостаточности	7
Наличие злокачественной опухоли	4
Продолжительность перитонита более 24 ч	4
Толстая кишка как источник перитонита	4
Перитонит распространенный	6
Экссудат (только один ответ):	
– прозрачный	0
– мутно-гнойный	6
– калово-гнилостный	12

Таблица 4

## Интраоперационные критерии прогрессирования перитонита

Показания к программным санациям	Баллы
Паритетальная брюшина (только один ответ):	
– блестящая, гиперемия на отдельных участках, сосудистый рисунок не определяется или имеется инъекция сосудистого рисунка	0
– тусклая, гиперемированная, с субсерозными кровоизлияниями и петехиями	4
Наложения фибрина (только один ответ):	
– единичные нити фибрина, легко снимаемые, разрыхление прочно фиксированных наложений	0
– массивные, плотные, толстые, прочно фиксированные, не снимаемые	4
Парез кишечника (только один ответ):	
– кишечные петли эластичные, стенка мягкая, единичные волны перистальтики при механическом раздражении	0
– эктазированные кишечные петли с легко повреждаемой серозной оболочкой, стенка плотная с выраженным отеком, отсутствие перистальтики	4
Тенденция к формированию межкишечных абсцессов	4

По нашим данным, первая программная санация брюшной полости показана всем больным с третьей степенью тяжести по МРІ, прогнозируемая летальность кото-

рых составляет 100%, а также – пациентам со второй степенью тяжести по МРІ (прогнозируемая летальность 29%) при наличии интраоперационных признаков прогрессирования перитонита. Для определения показаний к каждой последующей программной санации руководствовались наличием у пациентов интраоперационных критериев прогрессирования перитонита (ИКПП). Исходя из этого, был разработан специальный алгоритм хирургической тактики при распространенном перитоните (рисунок 3).

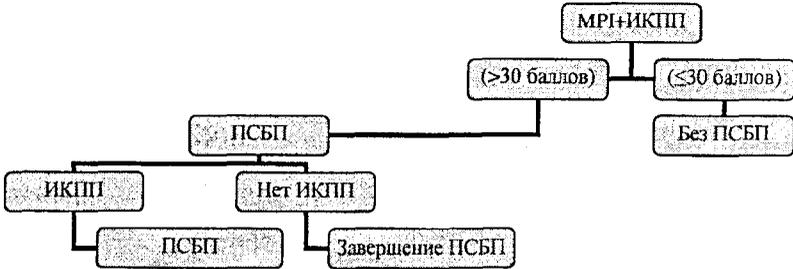


Рис. 3. Алгоритм хирургической тактики при распространенном перитоните.

Таким образом, исходя из этого алгоритма, следует, что показания к программным санациям брюшной полости при распространенном перитоните должны определяться хирургом, выполнившим первую операцию, так как никто лучше «первого» хирурга не имеет представления о выраженности исходного перитонита и о его развитии в динамике, оцениваемого во время программной санации. Кроме того, при выполнении программных санаций брюшной полости необходимо учитывать анестезиологические критерии наркозно-операционного риска. Так, даже установив показания к выполнению программной санации, оперативное вмешательство не выполнялось при «неоперабельном» состоянии пациента из-за его тяжести, которое определялось на консилиуме с анестезиологом. В таких случаях программная санация производилась при достижении относительной стабилизации состояния больного.

Данная тактика применяется в клинике с 2004 года.

Программные санации брюшной полости проводились под эндотрахеальным наркозом. Первая санация, как правило, выполнялась на следующие сутки после первой операции, последующие – с интервалом 48 часов от предыдущих. При этом участие или присутствие врача, выполнявшего первую операцию, считали желательным и по техническим и по этическим причинам. Этапы программной санации брюшной полости аналогичны, таковым, что и при первой операции по поводу распространенного перитонита: ревизия брюшной полости; временная или постоянная ликвидация источника перитонита, если этого не было выполнено ранее; интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости; дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза, если это не выполнялось ранее; выбор дальнейшей тактики ведения больного; ушивание послеоперационной раны. В случаях, когда показания к выполнению программных санаций не выставлялись, операция заканчивалась глухим ушивани-

ем раны. При наличии показаний к программной санации, рана ушивалась редкими отдельными узловыми лавсановыми швами или проленом. Швы проводили через все слои передней брюшной стенки на расстоянии 3–5 см от края раны и 7–8 см друг от друга. В целях дозированной декомпрессии брюшной полости (для коррекции синдрома интраабдоминальной гипертензии) швы затягивали без натяжения. При невозможности сведения краев послеоперационной раны в результате ее нагноения или некроза, а также при выраженной интраабдоминальной гипертензии до этапа затягивания швов полость раны выполняли марлевым тампоном с левомеколем. Каждому пациенту выполнялось от 1 до 7 программных санаций брюшной полости (в среднем  $2,08 \pm 1,12$ ). Следует отметить, что наилучшие показатели выживаемости были получены у больных, которым выполнялись не более 2 программных санаций (хотя одна пациентка выжила после 7 программных санаций брюшной полости).

За период с 2004 по 2008 гг. при использовании активной хирургической тактики программные санации брюшной полости выполнены 74 пациентам с распространенным гнойным перитонитом. Эта категория больных составила основную группу. В контрольную группу вошло 87 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, пролеченных без использования программных санаций в период с 1999 по 2003 гг. и отобранных ретроспективно.

При анализе по половому составу обе группы оказались примерно одинаковыми. 2/3 составляли мужчины и 1/3 – женщины. Средний возраст в основной группе составил  $53,7 \pm 15,3$  лет (от 22 до 80), при этом около половины пациентов были старше 60 лет. В контрольной группе средний возраст оказался несколько ниже по сравнению с основной –  $50,7 \pm 15,6$  лет (от 21 до 78), а пациенты старше 60 лет составили около 1/3 (рисунок 4).

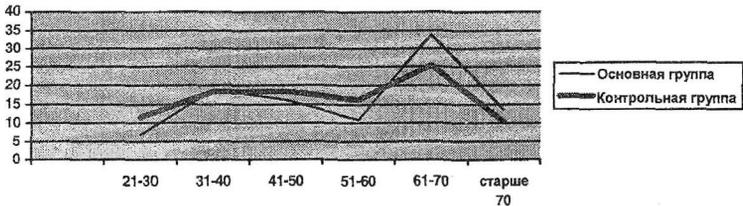


Рис. 4. Распределение больных в группах сравнения по возрасту.

Основными причинами перитонита как в основной, так и в контрольных группах были перфорации опухолей желудочно-кишечного тракта, послеоперационные осложнения, травматические повреждения органов брюшной полости (таблица 5).

Основные причины перитонита в группах сравнения

Причина перитонита	Число больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Перфорат. язва желудка и 12-п. кишки	9	12,2	11	12,6
Острый аппендицит	2	2,7	3	3,5
Травматические повреждения живота	12	16,2	12	13,8
Острый холецистит	2	2,7	4	4,6
Послеоперационные осложнения	19	25,7	23	26,4
Гинекологическая патология	6	8,1	8	9,2
Перфорат. опухоль желудка и кишечника	24	32,4	26	29,9
Итого	74	100	87	100

Сопутствующая патология встречалась более, чем у половины пациентов как в основной, так и в контрольной группе, при чем в большинстве случаев имелись различные сочетания ниже перечисленных заболеваний у одного конкретного больного (таблица 6). Анализируя характер сопутствующей патологии, необходимо отметить, что в основной группе она встречалась чаще и была более выраженной. Данный факт объясняется, вероятно, тем, что в основной группе чаще встречались пациенты, старших возрастных групп.

Таблица 6

Характер сопутствующей патологии

Сопутствующая патология	Число больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Ишемическая болезнь сердца	39	52,7	38	43,7
Артериальная гипертензия	41	55,4	42	48,3
Хронический пиелонефрит	19	25,7	17	19,5
Сахарный диабет	8	10,8	8	9,2
Хроническая легочная патология	34	45,9	35	40,2
Прочие (ожирение, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, заболевания щитовидной железы и др.)	18	24,3	19	21,9
Итого	47	63,5	44	50,6

Распределение больных с распространенным гнойным перитонитом по значению МРІ и по наличию клинических синдромов системной воспалительной реакции и сепсиса представлены в таблицах 7 и 8.

Таблица 7

Распределение больных в группах сравнения по значению MRI

Величина MRI	Число больных					
	Основная группа		Контрольная группа		Все больные с перитонитом	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Менее 20 баллов	--	--	--	--	149	23,5
20-30 баллов	30	40,5	38	43,7	385	60,6
Более 30 баллов	44	59,5	49	56,3	101	15,9
Итого	74	100	87	100	635	100

Таблица 8

Распределение больных в группах сравнения по клиническим синдромам системной воспалительной реакции и сепсиса

Клинический синдром	Число больных					
	Основная группа		Контрольная группа		Все больные с перитонитом	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие сепсиса	--	--	--	--	320	50,4
Сепсис – ССВО 2	--	--	--	--	38	6,0
Сепсис – ССВО 3	12	16,2	16	18,4	109	17,2
Сепсис – ССВО 4	43	58,1	48	55,2	103	16,2
Тяжелый сепсис	19	25,7	23	26,4	46	7,2
Септический шок	--	--	--	--	19	3,0
Итого	74	100	87	100	635	100

В контрольную и основную группы сознательно не были включены больные с септическим шоком из-за сложности интерпретации данных, вызванных высочайшей летальностью (18 из 19 пациентов умерло, что составило 94,7%) и небольшим промежутком времени нахождения умерших больных в стационаре (от 6 до 30 часов).

Таким образом, группы больных оказались, примерно, равными по тяжести состояния, по выраженности перитонита, по половому признаку. Основная группа больных была старше, сопутствующая патология встречалась чаще и была более выраженной. Приблизительно одинаковым оказалось и число оперативных вмешательств. Однако в основной группе это, в основном были программные санации брюшной полости, а в контрольной – вынужденные релапаротомии «по требованию» при возникновении осложнений и прогрессировании перитонита. Общее количество проведенных программных санаций брюшной полости у 74 больных составило 154. Помимо плановых релапаротомий еще 5 выполнено по поводу развившихся осложнений. У больных контрольной группы помимо первой операции по поводу распространенного перитонита (87) выполнено еще (143) релапаротомии «по требованию» (рисунок 5).



Рис. 5. Виды операций у больных с распространенным перитонитом.

В процессе лечения наблюдались различные осложнения, которые нередко носили сочетанный характер. У больных с программными санациями преобладали нагноения послеоперационной раны и пневмония. Осложнения со стороны брюшной полости были минимальными. У пациентов контрольной группы, напротив, преобладали осложнения, связанные с прогрессированием перитонита. Они требовали выполнения релапаротомий «по требованию» и приводили к значительному утяжелению состояния больного. Структура послеоперационных осложнений представлена на рисунке 6.



Рис. 6. Структура основных послеоперационных осложнений у пациентов в группах сравнения.

Летальность в основной группе составила 43,2%, а в контрольной она оказалась достоверно ( $P < 0,05$ ) выше, практически, на 1/3. При этом наибольший размах летальности был отмечен у наиболее тяжелых больных с III степенью тяжести перитонита по МРІ (54,5% против 87,6% при прогнозе в 100%). Снижение летальности в этой группе

пациентов также оказалось статистически достоверным ( $P < 0,001$ ). Показатели летальности представлены в таблице 9.

Таблица 9

## Летальность в группах сравнения

Величина MPI	Летальность				Р	
	Основная группа		Контрольная группа			Прогнозируемая по MPI
	Абс.	%	Абс.	%		
Менее 20 баллов	--	--	--	--	0	
20-30 баллов	8 из 30	26,7	12 из 38	31,6	29	0,863
Более 30 баллов	24 из 44	54,5	43 из 49	87,6	100	<0,001
Итого	32 из 74	43,2	55 из 87	63,2		0,017

Таким образом, программные санации брюшной полости являются ключевым методом хирургического лечения тяжелых форм распространенного перитонита.

Оценка результатов декомпрессии кишечника у больных с распространенным перитонитом.

Для борьбы с синдромом кишечной недостаточности при распространенном перитоните применяли различные способы интубации тонкой кишки. Наиболее щадящим и эффективным способом декомпрессии тонкой кишки считаем зондовое назогастродуоденальное дренирование. В зависимости от различных клинических ситуаций (больные пожилого возраста, с наличием выраженной сердечно-легочной недостаточности, ранние с сопутствующим повреждением органов груди, технические трудности установки зонда, обусловленные анатомическими особенностями, выраженность инфильтрации стенки кишки – травма превышает эффект) выполняли разные варианты проведения зонда – назоинтестинальная интубация, ретроградное дренирование через подвздошную кишку путем энтеростомии по И.Д. Житнюку, аппендикосто- или цекостому. Назоинтестинальная интубация не производилась во время первой операции по поводу распространенного перитонита у больных, которым ставились показания к программным санациям брюшной полости, в случае крайне тяжелого их состояния, когда удлинение сроков оперативного вмешательства было невозможным. У таких пациентов декомпрессия кишечника выполнялась во время программной санации.

Использовали двухканальные силиконовые желудочно-кишечные зонды №25 и №33 для форсированной аспирации с притоком воздуха (по Н.Н. Каншину).

Всего декомпрессия тонкой кишки была произведена у 332 (52,3%) пациентов с распространенным гнойным перитонитом, из которых 283 больным выполнена назоинтестинальная интубация, 28 – декомпрессия тонкой кишки через цеко-аппендикостому и 21 – через илеостому (рисунок 8).



Рис. 8. Распределение больных с перитонитом по виду декомпрессии кишечника.

Для оценки результатов декомпрессии тонкой кишки выполнен сравнительный анализ развития заболевания и исходов у больных с декомпрессией кишечника и без нее. Основную группу составили 332 пациента с распространенным гнойным перитонитом, которым выполнялись различные виды декомпрессии тонкой кишки. В контрольную группу вошли 303 больных с распространенным гнойным перитонитом без декомпрессии кишечника. В основную группу распределились все пациенты с программными санациями брюшной полости, у которых декомпрессия кишечника считалась обязательной. В контрольной группе хирургическая тактика заключалась, в основном, в выполнении релапоротомии «по требованию». По половому составу обе группы оказались, примерно, одинаковыми с преобладанием (около 2/3) мужчин. По возрастному составу основная группа достоверно оказалась заметно старше контрольной, примерно, на 5 лет. Средний возраст больных в основной группе составил  $51,3 \pm 14,7$  лет, а в контрольной  $46,4 \pm 15,4$  ( $P < 0,05$ ). Согласно MPI, практически, 90% пациентов основной группы относились ко второй и третьей степени тяжести. А в контрольной группе больные со второй и третьей степенью тяжести составили только 62,4% (рисунок 9).

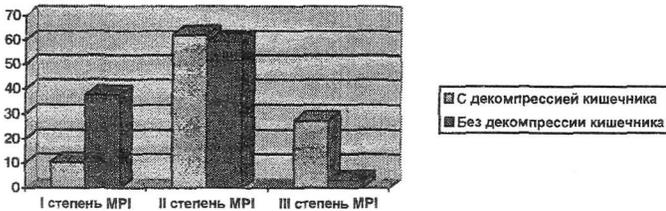


Рис. 9. Распределение пациентов в группах сравнения по значению MPI.

Для определения эффективности использования декомпрессии тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом учитывали число послеоперационных осложнений и летальность. У большинства пациентов (430 – 67,7%) с распространенным гнойным перитонитом наблюдались различные осложнения, при чем в 28,3% случаев осложнения имели сочетанный характер. Анализируя развившиеся послеоперационные осложнения у больных с декомпрессией кишечника и без нее, следует отметить, что в основной группе у пациентов чаще возникали пневмонии и кровотечения из острых изъязвлений гастродуоденальной зоны. Хотя эти различия статистически оказались недостоверны ( $P > 0,05$ ). Рассматривая контрольную группу, можно сделать вывод о преобладании здесь осложнений, связанных с перитонитом. Так, эвентрации, абсцессы брюшной полости, развитие кишечных свищей, ранняя спаечная кишечная непроходимость, прогрессирование перитонита, несостоятельность швов анастомозов у больных контрольной группы наблюдались достоверно чаще ( $P < 0,001$ ), чем у пациентов основной группы (таблица 10).

Таблица 10  
Структура послеоперационных осложнений у больных в группах сравнения

Вид осложнения	Число осложнений				P
	Основная группа (n=332)		Контрольная группа (n=303)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Нагноение раны	81	24,4	73	24,1	0,996
Эвентрация	31	9,3	43	14,2	<0,001
Абсцесс брюшной полости	32	9,6	43	14,2	<0,001
Спаечная кишечная непроходимость	21	6,3	37	12,2	<0,001
Кишечный свищ	13	3,9	19	6,3	<0,001
Прогрессирование перитонита	12	3,6	23	7,6	<0,001
Желудочно-кишечное кровотечение	20	6,0	16	5,3	0,09
Несостоятельность швов анастомозов	20	6,0	29	9,6	<0,001
Пневмония	101	30,4	61	20,1	0,074
ТЭЛА	11	3,3	10	3,3	0,933
Тромбофлебиты	14	4,2	12	4,0	0,666
Прочие	69	20,8	57	18,8	0,595
Итого	425		423		

При анализе детальных исходов статистически достоверной разницы в показателях летальности у больных основной и контрольной групп не выявлено (рисунок 10).

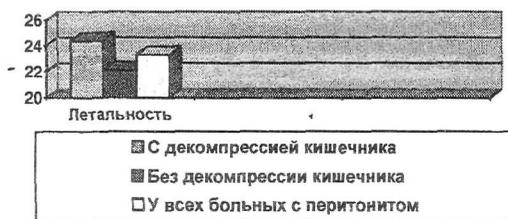


Рис. 10. Летальность у больных с распространенным перитонитом.

Таким образом, группа больных с распространенным гнойным перитонитом, которым выполнялась декомпрессия кишечника, оказалась старше по возрастному признаку, гораздо серьезней по тяжести и выраженности перитонита, что, вероятно, связано с наличием синдрома кишечной недостаточности. Однако возрастания летальности в этой группе не отмечено. Полученные результаты свидетельствуют о безусловной оправданности декомпрессии тонкой кишки при распространенном перитоните, как важного компонента комплексного лечения.

#### Способ лечения обширных гранулирующих ран брюшной стенки после лапаротомий.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений раннего послеоперационного периода у больных с распространенным гнойным перитонитом является нагноение ран передней брюшной стенки. По нашим данным это осложнение наблюдалось у 154 (24,3%) пациентов. При выполнении программных санаций брюшной полости или «вынужденных» релапаротомий число нагноений увеличивается, что связано с контаминацией послеоперационной раны и дополнительной травматизацией передней брюшной стенки. У больных, которым выполнялись программные санации, нагноение послеоперационной раны произошло в 28,4% (у 21 пациента из 74), а у 13,5% (10 больных) вследствие нагноения образовалась обширная гранулирующая рана передней брюшной стенки и заметно осложнила течение послеоперационного периода.

При возникновении обширных гранулирующих ран передней брюшной стенки с формированием лапаростомы вследствие нагноения после выполнения программных санаций у 5 пациентов нами применен оригинальный метод лечения с использованием цинк-желатиновой повязки. Суть метода заключается в следующем. После обработки гранулирующей лапаростомной раны растворами антисептиков (3% перекисью водорода и гипохлоритом натрия) и ее высушивания марлевыми салфетками на рану поочередно наносятся 4-5 слоев цинк-желатиновой пасты и стерильной марли таким образом, чтобы слои марли пропитались пастой. Использовали цинк-желатиновую пасту, состоящую из: окиси цинка (120,0), глицерина (120,0), желатины (240,0) и дистиллированной воды (480,0). Перед перевязкой паста подогревалась на водяной бане для того, чтобы она приобрела жидкую консистенцию. После наложения цинк-желатиновой марлевой повязки на лапаростомную рану паста затвердела и становилась плотной. В конце перевязки на пациента надевался послеоперационный бандаж. Подобные перевязки с использованием цинк-желатиновой пасты выполнялись еще несколько перевязок ежедневно для оценки клинического эффекта и переносимости пациента. В случае отсутствия нарастания экссудации из послеоперационной раны и признаков раздраже-

ния кожи передней брюшной стенки цинк-желатиновые марлевые повязки накладывали на 3-4 суток.

Осложнений от использования цинк-желатиновой повязки не наблюдалось. У всех 5 больных обширные гранулирующие раны передней брюшной стенки зажили с формированием плотного рубца. В отдаленном периоде (более 3-х лет) вентральных грыж у пролеченных пациентов отмечено не было.

**Применение ронколейкина® в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом.**

В лечении 21 больного, которым выполнялись программные санации брюшной полости, использован препарат ронколейкин® – дрожжевой рекомбинантный человеческий интерлейкин-2. Эти пациенты составили основную группу. В контрольную группу включены 22 больных с распространенным перитонитом, которым также выполнялись программные санации брюшной полости, но ронколейкин® не назначался. Лечение ронколейкином® проводилось в режиме внутривенных инфузий в дозе 1 млн. МЕ от 1 до 3 раз в зависимости от количества программных санаций с интервалом в 48 ч. Если показания к последующей программной санации не выставлялись, то лечение ронколейкином® прекращалось.

Обе группы оказались сопоставимы по половому признаку. И в основной и в контрольной группе мужчины составили, примерно, 2/3, а женщины – 1/3. Средний возраст больных в основной группе составил  $53,24 \pm 15,23$  (от 22 до 73 лет). В контрольной группе возраст колебался от 24 до 72 лет, в среднем –  $50,91 \pm 14,49$ . При этом пациенты свыше 60 лет и в основной и в контрольной группах составили чуть меньше половины. Основными причинами перитонита в обеих группах были перфоративные состояния желудочно-кишечного тракта различной этиологии и послеоперационные осложнения. У всех больных основной и контрольной групп имела клиника сепсиса, определяемого в соответствии с рекомендациями Согласительной конференции американского колледжа пульмонологов и общества медицины критических состояний (Чикаго, 1991). Распределение пациентов в зависимости от тяжести сепсиса представлено в таблице 11.

Таблица 11

Распределение больных, которым изучался иммунный статус, по клиническим синдромам системной воспалительной реакции и сепсиса

Клинический синдром	Число больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Сепсис – ССВО 3	4	19,1	4	18,2
Сепсис – ССВО 4	10	47,6	11	50,0
Тяжелый сепсис	7	33,3	7	31,8
Итого	21	100	22	100

Распределение больных по значению МРІ представлено в таблице 12.

Распределение больных, которым изучался иммунный статус, по значению МРІ

Величина МРІ	Число больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
20-30 баллов (II степень)	10	47,6	10	45,5
Более 30 баллов (III степень)	11	52,4	12	54,5
Итого	21	100	22	100

При исследовании исходных лабораторно-иммунологических показателей у всех изучаемых больных с распространенным перитонитом выявлено наличие иммунодефицитного состояния. У пациентов основной и контрольной групп в иммунологических показателях отмечались: относительная и абсолютная лимфоцитопения, снижение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-цитотоксических лимфоцитов, естественных киллеров, снижение абсолютного количества Т-хелперов, низкий уровень IgA, IgM, IgG. Достоверного отличия в обеих группах сравнения, при этом, не наблюдалось.

Таким образом, обе группы сравнения оказались равными по тяжести состояния, по выраженности перитонита, по лабораторно-иммунологическим показателям исходного иммунодефицитного состояния.

Каких либо осложнений или побочных действий от введения ронколейкина отмечено не было. В основной группе 8 больных из 21 умерло от полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующего эндотоксикоза. Летальность составила 38,1% (рисунок 11). Процент летальности в контрольной группе был 45,5% (умерло 10 пациентов из 22). Летальность в основной группе оказалась несколько ниже смертности в контрольной группе и в группе всех больных с распространенным перитонитом, которым выполнялись программные санации брюшной полости (43,2%). Однако следует признать, что статистической достоверности снижения летальности получено не было ( $P > 0,05$ ), возможно, из-за малого количества клинических наблюдений.

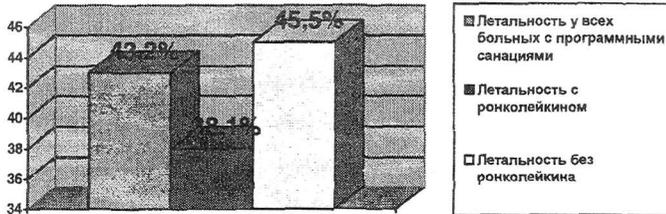


Рис. 11. Летальность у пациентов с программными санациями.

У умерших пациентов существенных положительных сдвигов в системе клеточного и гуморального иммунитета не наблюдалось. У всех выздоровевших больных наблюдалась положительная динамика клинико-лабораторных показателей (нормализация температуры и гемодинамики, улучшение биохимических показателей крови, снижение лейкоцитоза и лейкоцитарного индекса интоксикации) и иммунологических результатов.

Следует отметить, что через 1 неделю после начала лечения статистически достоверных различий в иммунологических показателях у пациентов основной и контрольной групп не наблюдалось. В этот период отмечено незначительное увеличение, по сравнению с исходным, общего относительного и абсолютного количества лимфоцитов, увеличение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов, Т-цитотоксических лимфоцитов. А уровень иммуноглобулинов снизился. Такие изменения могут быть объяснены, вероятно, еще продолжающимися или только что законченными программными санациями, которые сами по себе, как и любые операции, требуют мобилизации жизненных ресурсов организма. Через 2 недели после начала лечения можно прийти к заключению о более выраженном улучшении показателей иммунограмм у группы больных в лечении которых использовался ронколейкин®. Получена статистическая достоверность ( $P < 0,05$ ) разницы иммунологических показателей в группах сравнения в клеточном звене иммунитета. У пациентов, получавших ронколейкин®, наблюдалось достоверное увеличение относительного и абсолютного количества лимфоцитов, увеличение абсолютного количества Т-цитотоксических лимфоцитов, Т-активированных лимфоцитов. В гуморальном звене отмечено увеличение уровня IgA, IgM, IgG. У больных, которые не получали ронколейкин®, нормализация иммунологических показателей происходила замедленно медленнее (в среднем на 1 неделю) — лишь на 3-4 неделе от начала лечения. Динамика основных иммунологических показателей клеточного иммунитета представлена на рисунках 12-15.



Рис. 12. Динамика лимфоцитов.

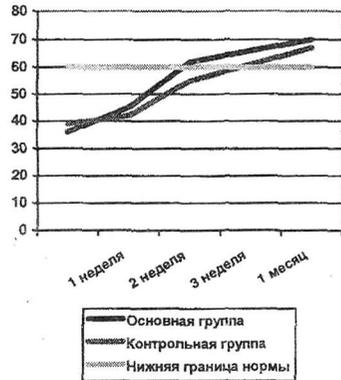


Рис. 13. Динамика Т-лимфоцитов.

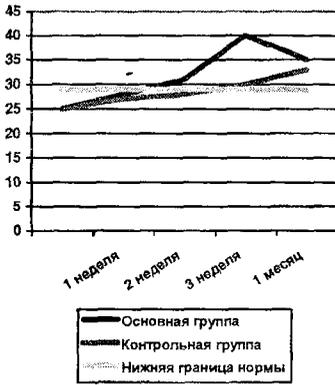


Рис. 14. Динамика Т-хелперов.



Рис. 15. Динамика Т-цитотокс.

Таким образом, ронколейкин® является эффективным иммуностропным лекарственным препаратом, удобным в применении, практически, не дающим побочных эффектов, что позволяет широко использовать его в комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом.

#### Результаты комплексного лечения больных с распространенным перитонитом.

Нами проанализированы развившиеся послеоперационные осложнения и летальность у пациентов с распространенным перитонитом, пролеченных за два пятилетия: с 1999 по 2003 годы без внедрения активной хирургической тактики и с 2004 по 2008 годы с ее широким использованием.

Послеоперационные осложнения (848) встречались у 430 (67,7%) больных с распространенным гнойным перитонитом. В 28,3% случаев осложнения имели сочетанный характер. Структура осложнений за последние 5 лет осталась прежней (рисунок 16). Несколько увеличилось число нагноений послеоперационных ран, пневмоний, тромбоэмболических осложнений. Хотя это увеличение оказывается статистически недостоверным ( $P > 0,05$ ). Практически неизменным осталось число несостоятельности швов анастомозов и гастродуоденальных кровотечений. Вместе с тем в связи с переходом к более активной тактике частота наиболее значимых послеоперационных осложнений изменилась. Уменьшилось количество эвентраций (с 14,4 до 8,8%), число абсцессов брюшной полости (с 14,7 до 8,8%), частота развития ранней спаечной кишечной непроходимости (с 12,2 до 5,8%), формирование кишечных свищей (с 6,4 до 3,6%), прогрессирования перитонита (с 7,95 до 2,9%). Снижение числа этих осложнений оказалось статистически достоверным ( $P < 0,001$ ).

■ 2004-2008 (n=327)

■ 1999-2003 (n=308)



Рис. 16. Динамика послеоперационных осложнений.

При анализе летальности за последние 10 лет прослеживается тенденция к ее снижению. Динамика летальности больных с распространенным гнойным перитонитом представлена на рисунке 17 и в таблице 13.

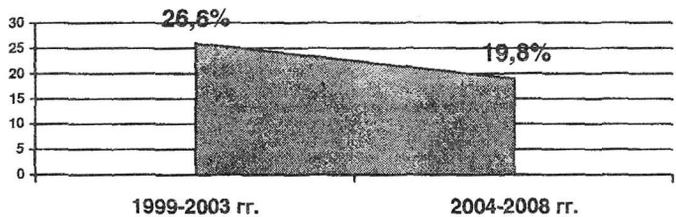


Рис. 17. Динамика летальности больных с распространенным перитонитом.

Таблица 13

Показатели летальности больных с распространенным перитонитом за 10 лет

Период	Число пролеченных больных		Летальность, %	P
	Всего	Умерло		
1999 - 2003 гг.	327	87	26,6	0,053
2004 - 2008 гг.	308	61	19,8	
1999 - 2008 гг.	635	148	23,3	

Таким образом, процент летальности при распространенном перитоните уменьшился в динамике за последние 5 лет на 6,8%. А использование активной хирургической тактики в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом, включающей в себя широкое применение метода программных санаций брюшной полости у пациентов с наиболее тяжелыми формами перитонита, использование декомпрессии тонкой кишки при развитии синдрома кишечной недостаточности, иммунокорректирующую терапию, местное лечение лапаростомных ран цинк-желатиновой повязкой проявило свою достаточную эффективность и привело к улучшению результатов в клинической практике.

## ВЫВОДЫ

1. Анализ результатов стандартного (без программных санаций) хирургического лечения тяжелых форм распространенного перитонита по материалам клиники свидетельствует о сохраняющейся высокой летальности (26,6%), не имеющей тенденции к снижению.
2. Метод программных санаций брюшной полости при распространенном перитоните позволил статистически достоверно снизить летальность с 63,2 до 43,2% ( $P < 0,05$ ), а у пациентов с наиболее тяжелыми формами перитонита (III степень тяжести по Мангейскому перитонеальному индексу) – с 87,6 до 54,5% ( $P < 0,001$ ).
3. Показания к программным санациям брюшной полости при распространенном перитоните определяются хирургом, выполнившим первую операцию с последующим учетом критериев наркозно-операционного риска. При определении показаний к программным санациям целесообразно использование показателей Мангейского перитонеального индекса совместно с выделенными нами интраоперационными признаками прогрессирования перитонита.
4. Хирургическая декомпрессия тонкой кишки в комплексном лечении распространенного перитонита способствует достоверному снижению частоты абдоминальных осложнений.
5. Первый опыт применения цинк-желатиновой повязки, как компонента местного лечения у больных с перитонитом, показал ее эффективность при обширных гранулирующих ранах передней брюшной стенки.
6. Иммунокоррекция ронколейкином® в наших наблюдениях оказалась эффективной: нормализация показателей иммунитета наступила раньше, а летальность снизилась с 45,5 до 38,1%.
7. Хронологический анализ результатов хирургического лечения распространенного перитонита за 10 лет показал, что комплексная коррекция тяжелых форм перитонита, в основе которой лежат программные санации брюшной полости, инициирует тенденцию к достоверному снижению послеоперационной летальности с 26,6 до 19,8%.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Программные санации брюшной полости необходимо выполнять пациентам с наиболее тяжелыми формами распространенного гнойного перитонита. Для определения выраженности и тяжести перитонита следует учитывать современные перитонеальные индексы и интраоперационные данные.
2. Показания к программным санациям брюшной полости при распространенном перитоните должны определяться хирургом, выполнившим первую операцию с последующим учетом критериев наркозно-операционного риска.

3. Декомпрессия кишечника у больных с распространенным перитонитом является неотъемлемой частью хирургического лечения при развитии синдрома кишечной недостаточности.
4. В комплекс лечебно-диагностических мероприятий у больных с распространенным гнойным перитонитом целесообразно включение изучения иммунного статуса пациента и иммунокорригирующей терапии.
5. Применение цинк-желатиновой повязки при обширных гранулирующих ранах передней брюшной стенки после программных санаций брюшной полости требует активного изучения с целью ее дальнейшего использования в лечении больных.

#### СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Результаты лечения распространенного гнойного перитонита / Быков А.В., Климентов А.А. // Всероссийская конференция хирургов, посвященная 80-летию профессора Р.П. Аскерханова: Тезисы докладов. – Махачкала, 2000. – С.116-117.
2. Клинико-статистическая характеристика больных с прогрессирующим течением распространенного перитонита / Быков А.В., Климентов А.А. // Интегральная оценка и прогнозирование в экстренной медицине: Материалы научно-практической конференции. – СПб., 2001. – С.81-82.
3. Лечение обширных гнойных ран передней брюшной стенки после программных санаций брюшной полости при распространенном перитоните / Быков А.В., Климентов А.А. // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Инфекция в хирургии». – Ставрополь, 2001. – С.30.
4. Программные санации брюшной полости в лечении распространенного гнойного перитонита / Климентов А.А. // Материалы VI Всероссийской студенческой научной конференции: Вестник РГМУ. – 2001. – № 2 (17). – С.48-49.
5. Изменения иммунного статуса у хирургических больных с тяжелыми эндотоксикозом на фоне введения ронколейкина / Климентов А.А., Ким И.Ч., Быков А.В., Антонов Ю.В. // Материалы VI Всероссийской научной конференции «Дни иммунологии в Санкт-Петербурге 2002». – Медицинская иммунология. – 2002. – Т. 4, № 2. – С.362.
6. Осложнения при использовании программных санаций брюшной полости в лечении распространенного перитонита / Климентов А.А. // Материалы 60-й юбилейной открытой итоговой научной конференции студентов и молодых ученых Волгоградской медицинской академии. – Волгоград, 2002. – С.189-191.
7. Распространенный гнойный перитонит как форма хирургической инфекции / Быков А.В., Климентов А.А., Литвина Е.В., Ким И.Ч. // Материалы международного хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». – Москва, 2003. – С.103.
8. Результаты применения ронколейкина у больных с сепсисом / Быков А.В., Антонов Ю.В., Климентов А.А., Ким И.Ч. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета № 9: Сборник научных трудов. Т. 59. Вып. 9. – Волгоград: ГУ «Издатель», 2003. – С.149-151.
9. Показания к программной релапаротомии при разлитом гнойном перитоните / Климентов А.А. // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 62-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых ВолГМУ. – Волгоград, 2004. – С.40.
10. Показания к применению программных санаций брюшной полости при распространенном перитоните / Быков А.В., Климентов А.А. // Материалы Всероссийской

ской научно-практической конференции с международным участием «Перитонит». – СПб., 2009. – С.142-144.

КЛИМЕНТОВ АЛЕКСАНДР АЛЕКСЕЕВИЧ

**ПРОГРАММНАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

Авторсферат

Подписано к печати 2.10.10 г. Формат 60x84/16  
Печать офс. Бум. Офс. Уч. Печ.л.2  
Тираж 100 экз. Заказ 200

Отпечатано с готового оригинал – макета  
В типографии ИП «Сулаев В.А.»  
400112 г. Волгоград Бульвар Энгельса, 18  
[www.absolut34.com](http://www.absolut34.com)