

Б.С. СУКОВАТЫХ ¹, Ю.Ю. БЛИНКОВ ¹, П.А. ИВАНОВ ²

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» ¹,

ОБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Курска» ²,

Российская Федерация

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом путем оптимизации методики видеоэндоскопических санаций брюшной полости.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения 90 пациентов с распространенным перитонитом. В первую группу вошли 49 пациентов, лечившихся в 2001–2006 гг., которым оперативное лечение проводилось в 2 этапа следующим образом. На первом этапе выполняли хирургическое вмешательство, а на втором через 24–48 часов программированные видеоэндоскопические санации брюшной полости по традиционной технологии. Для санации брюшной полости использовали 0,03% водный раствор гипохлорита натрия. Вторую группу составили 41 пациент, лечившихся в 2007–2012 гг. Технология лечения второй группы отличалась от первой группы тем, что во время эндоскопической санации брюшная полость обрабатывалась пульсирующей струей антисептика и в нее вводилось 200 мл иммобилизированной формы гипохлорита натрия в 5% геле натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы. Эффективность лечения оценивали по динамике показателей системного эндотоксикоза, степени бактериальной обсемененности брюшной полости, выраженности нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника, количеству послеоперационных осложнений и летальности.

Результаты. При поступлении у всех пациентов зарегистрирован абдоминальный сепсис без признаков полиорганной недостаточности. Применение оригинальной технологии санации брюшной полости позволило в ближайшем послеоперационном периоде снизить показатели эндотоксикоза в 1,5 раза, степень бактериальной контаминации брюшной полости в 3,5 раза, улучшить моторно-эвакуаторную функцию кишечника в 2 раза. В ближайшем послеоперационном периоде количество осложнений уменьшилось на 16,8%, а летальность снизилась на 9,4%.

Заключение. Комбинированный хирургическо-эндоскопический способ лечения перитонита патогенетически обоснован и эффективен.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, эндоскопическая санация, пульсирующая струя, иммобилизированные формы гипохлорита натрия

Objectives. To improve the treatment results of patients with the generalized purulent peritonitis by optimizing video-laparoscopic technology of the abdominal cavity sanitation.

Methods. The results of the complex diagnostic examination and treatment of 90 patients with the generalized peritonitis have been analyzed. The first group included 49 patients who underwent the two-staged surgical treatment during the period of 2001–2006 years. At the first stage the patients were subjected to the surgical intervention, at the second stage in 24–48 hours after surgery the programmed video-laparoscopic sanitations of the abdominal cavity by the traditional technique have been performed. The aqueous sodium hypochlorite solution (0,03%) was used for the sanitation. The second group included 41 patients who were treated during the period of 2007–2012 years. The abdominal cavity was treated with the pulsating stream of antiseptic with addition of 200 ml of the immobilized form of sodium hypochlorite in 5% sodium carboxymethyl-cellulose gel during the endoscopic sanitation which is a distinctive feature of treatment method in the first group. The efficacy of treatment was evaluated according to the dynamics of the systemic endotoxemia parameters, the degree of bacterial contamination of the abdominal cavity, the severity of violations of the bowel motor-evacuation function, the number of postoperative complications and mortality rate.

Results. At hospitalization the abdominal sepsis without the signs of multiple organ failure has been detected in all patients. The use of the original technique of the abdominal cavity sanitation lets to reduce the indicators of endotoxemia in 1,5 folds in the recent post-operative period, improve bowel evacuation function in 2 folds. The number of the recent postoperative complications has decreased by 16,8% and the mortality rate decreased by 9,4%.

Conclusion. The combined surgical and endoscopic method of treatment of peritonitis is pathogenetically substantiated and effective.

Keywords: generalized purulent peritonitis, laparoscopic sanitation, pulsating stream, immobilized form of sodium hypochlorite

Novosti Khirurgii. 2013 Jul-Aug; Vol 21 (4): 71-77

The combined surgical and laparoscopic treatment of the generalized peritonitis

B.S. Sukovatih, Y.Y. Blinkov, P.A. Ivanov

Введение

Лечение распространенного перитонита является одной из актуальнейших проблем в абдоминальной хирургии, поскольку летальность при данном заболевании чрезвычайно высока и, по данным различных авторов, составляет от 6,2% до 42,2% [1, 2]. Эти цифры не имеют тенденции к снижению, несмотря на современные достижения в анестезиологии и хирургии [3, 4].

Одним из основных способов лечения распространенного перитонита является комбинированный, при котором на первом этапе производится традиционное хирургическое вмешательство, направленное на устранение источника перитонита, а на втором — программированные видеоэндоскопические санации (ПВЭС) брюшной полости [5, 6]. Предметом дискуссии является выбор данного способа лечения распространенного гнойного перитонита [7, 8]. В литературе отсутствуют четкие показания и противопоказания к применению метода ПВЭС. Большинство хирургов чисто эмпирически, на основании своего опыта принимают решение о выборе того или иного способа лечения с учетом оценки тяжести состояния пациента и характера поражения брюшной полости. Кроме этого, технология выполнения эндоскопических санаций имеет ряд серьезных недостатков. Во-первых, при промывании брюшной полости под видеоэндоскопическим контролем с использованием непрерывной струи антисептического раствора невозможно удалить плотные наложения фибрина на висцеральной и париетальной брюшине, где находят убежище микроорганизмы. Это приводит к пролонгации воспалительного процесса и развитию спаек [9, 10]. Во-вторых, применение традиционных антисептиков для санации брюшной полости малоэффективно в связи с кратковременностью действия и быстрой их инактивацией в условиях воспаления, а также альтерирующим действием на мезотелиальный покров, что способствует спайкообразованию [11, 12].

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом путем оптимизации методики видеоэндоскопических санаций брюшной полости.

Материал и методы

Проведен анализ результатов обследования и лечения 90 пациентов с распространенным гнойным перитонитом, находившихся в хирургической клинике областного бюджетно-

го учреждения городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Курска. Мужчин было 55, женщин — 35. Возраст оперированных варьировал от 17 до 75 лет. По результатам ретроспективного и проспективного анализов сформированы две статистически однородные группы по полу, возрасту и причинам перитонита. Первую (контрольную) группу составили 49 пациентов, которым оперативное вмешательство проводилось в течение 2001-2006 гг. в два этапа следующим образом. На первом этапе выполняли лапаротомию, устранение источника перитонита, назоинтестинальную интубацию тонкой кишки, санацию брюшной полости 0,02% раствором фурациллина до чистых вод, дренирование. Перед ушиванием в брюшную полость вводилось 200,0 мл 0,03% водного раствора гипохлорита натрия. На втором этапе через 24-48 часов выполняли программированные видеоэндоскопические санации брюшной полости, которые включали в себя оксигенацию, пневмомассаж кишечной трубки, ранний адеолизис, фракционный перитонеальный лаваж антисептиками, восстановление функции дренажей, введение в брюшную полость 200 мл 0,03% водного раствора гипохлорита натрия. Во вторую (основную) группу вошел 41 пациент, находившихся в клинике в 2007-2012 гг., лечение которых на первом и втором этапе проводили по той же технологии, что и в контрольной группе, за исключением того, что для перитонеального лаважа применяли пульсирующую струю антисептика, а после завершения санации в брюшную полость вместо водного раствора вводилось 200 мл иммобилизованной формы гипохлорита натрия.

Для создания пульсирующей струи жидкости применяли ирригатор фирмы "Letel doctor". Частота пульсации регулировалась ручкой аппарата. Оптимальная частота удаления рыхлых наложений фибрина составляла 8-10 Гц под давлением 5-6 кг/см², а в случаях плотной фиксации фибрина — от 15 до 20 Гц под давлением 7-8 кг/см². Струю антисептика направляли на фибриновые наложения тотчас у места их фиксации к брюшине, постепенно отслаивая и смывая их с расстояния 1-2 см. Затем аспирировали содержимое брюшной полости (патент РФ на изобретение №2438716) [13].

Для быстрого приготовления антисептического геля мы использовали следующую технологию: к 150 мл 5% геля Накарбоксиметилцеллюлозы добавляли 50 мл 0,12% раствора гипохлорита натрия. В результате получали иммобилизованную форму

гипохлорита натрия с активной концентрацией 0,03% (патент РФ на изобретение №2339368) [14].

Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале АРАСНЕ-II, мангеймскому индексу перитонита (МИП), индексу брюшной полости (ИБП) и выраженности абдоминального сепсиса, методика определения которых подробно описана ранее [2].

Эффективность лечения в ближайшем послеоперационном периоде оценивали по динамике системного эндотоксикоза, бактериологического исследования перитонеального экссудата, моторно-эвакуаторной функции кишечника, частоте осложнений и летальности. Для оценки выраженности эндотоксикоза определяли динамику лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), уровня молекул средней массы (МСМ) на 1, 4, 7, 10, 14 сутки послеоперационного периода. Забор перитонеального экссудата для бактериологического исследования осуществляли интраоперационно непосредственно из брюшной полости или в послеоперационном периоде из дренажных трубок. Количественное исследование микрофлоры в 1 мл перитонеального экссудата проводилось методом серийных разведений, с подсчетом количества колоний образующих единиц (КОЕ).

Состояние моторно-эвакуаторной функции кишечника определялось при помощи клинического и ультразвукового методов исследования. При клиническом обследовании учитывалось время восстановления перистальтики, отхождения газов, количество отделяемого по назогастральному зонду или наличие рвоты в послеоперационном периоде, потребность в медикаментозной стимуляции кишечника. При УЗИ на 3-е сутки послеоперационного периода определяли характер перистальтики, диаметр петель кишечника, наличие жидкости в брюшной полости. На 10-е сутки выявляли УЗ-признаки послеоперационного спайкообразования – дистанцию скольжения кишечника, которая оценивалась как продольная дистанция, которую проходят

петли кишечника при цикле форсированный вдох-выдох (нормальная величина ≥ 1 см) [15].

Статистическую обработку материала проводили с помощью пакета программ “Statistica 6.0”. Полученные данные представлены в виде $M \pm m$. Достоверность различий определялась с помощью критерия Стьюдента. Результаты статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Показатели периоперационного обследования пациентов представлены в таблице 1.

Из таблицы видно, что обе группы были сопоставимы по тяжести состояния и выраженности перитонита. При этом комбинированный хирургическо-эндоскопический способ лечения в основном применялся у пациентов с абдоминальным сепсисом, без признаков полиорганной недостаточности, со стабильными показателями гомеостаза и средней степени интоксикации.

Динамика показателей эндотоксикоза у пациентов с распространенным гнойным перитонитом представлена в таблице 2.

Исходные показатели ЛИИ и концентрации средних молекул в предоперационном периоде в обеих группах были одинаковы. При использовании разработанной технологии ПВЭС динамика снижения уровня данных показателей эндогенной интоксикации была более выражена, и достоверное отличие от дооперационного уровня наблюдалось уже к 3-м суткам после операции, в то время как в первой группе – только на 7-й день. При этом уровень ЛИИ и МСМ во второй группе на 3-и сутки был в 1,5 раза ниже контрольных значений. Выравнивание показателей происходило к 10-м суткам. Однако разница показателей между группами на всех сроках исследования между группами не являлась достоверной, за исключением уровня молекул средней массы на 3-и сутки послеоперационного периода.

Бактериологическое исследование перитонеального экссудата с оценкой выраженности микробной контаминации выполнялось у 24

Таблица 1

Показатели периоперационного обследования пациентов ($M \pm m$)			
Показатель	1 группа (n=49)	2 группа (n=41)	P
АРАСНЕ II (баллы)	10,3±0,5	10,9±0,6	>0,05
МИП (баллы)	22,2±0,8	22,3±0,7	>0,05
ИБП (баллы)	11,6±0,4	11,5±0,4	>0,05
Выраженность абдоминального сепсиса			
Без сепсиса	2 (4,1%)	0	>0,05
Абдоминальный сепсис	39 (79,6%)	37 (90,2%)	>0,05
Тяжелый абдоминальный сепсис	8 (16,3%)	4 (9,8%)	>0,05

Таблица 2

Динамика показателей системного эндотоксикоза в послеоперационном периоде (M±m)

Группа больных	Показатели эндотоксикоза	До операции		Послеоперационный период			
			1-е сутки	3-е сутки	7-е сутки	10-е сутки	
1-я	ЛИИ	9,2±3,8	11,6±3,9	6,2±2,8	2±0,9*	1,7±0,6*	
2-я		9,8±3,3	9,1±3,6	4,2±2,4*	1,8±0,8*	1,6±0,5*	
1-я	МСМ, ед.	0,66±0,15	0,65±0,12	0,51±0,06	0,33±0,07*	0,25±0,05*	
2-я	опт. пл.	0,67±0,16	0,58±0,11	0,34±0,04* ^x	0,24±0,06*	0,22±0,04*	

* – p<0,05 по сравнению с показателями до операции; ^x – p<0,05 по сравнению с показателями 1-ой группы.

(49%) пациентов первой группы и у 21 (51,2%) второй группы интраоперационно при первичной операции, в ходе выполнения ПВЭС и через 24 ч после лапароскопической санации из дренажных трубок. При анализе спектра микроорганизмов, выявляемых при посеве перитонеального выпота, в обеих группах наблюдалось преобладание аэробных культур, прежде всего кишечной палочки, стафилококков, стрептококков, встречающихся в подавляющем большинстве случаев. Результаты количественной оценки микробной контаминации перитонеального экссудата представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы, при первичном оперативном вмешательстве уровень микробной обсемененности в первой и второй группах не различался. Микробиологическое исследование экссудата, взятого через сутки после ПВЭС, показало, что во второй группе рост микроорганизмов отсутствовал у 13 (61,9%) пациентов, в то время как в контроле – у 7 (29,2%) пациентов. Степень бактериальной контаминации выше критического уровня 10⁵ КОЕ/мл во второй группе наблюдалась только в 4,8% случаев, что было в 3,5 раза меньше, чем в первой группе. Таким образом, применение разработанной технологии ПВЭС с использованием пульсирующей струи антисептика и иммобилизированной формы гипохлорита натрия оказывало более выраженный бактерицидный эффект.

Частота симптомов нарушения моторно-эвакуаторной функции по данным клинического и УЗ методов исследования представлена в таблице 4.

У пациентов второй группы имело место более раннее восстановление пропульсивной способности кишечника, чем у пациентов в первой группе. Позднее восстановление перистальтики и начало отхождения газов на 5-6 сутки после операции отмечалось в основном у пациентов первой группы. Во второй группе перистальтика кишечника восстанавливалась на 3-е сутки операционного периода. При этом выраженность клинических симптомов дисфункции кишечника соответствовала ультразвуковым. Положительное влияние пульсирующей струи антисептика и иммобилизированных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы на пропульсивную способность кишечника подтвердили результаты УЗ-исследования на 10-е сутки послеоперационного периода. Дистанция скольжения внутренних органов брюшной полости по данным УЗ-исследования во второй группе составила 1,7±0,22 см, а в первой группе 0,86±0,17 см (p<0,05), то есть у пациентов второй группы выраженность послеоперационного спаикообразования была в 2 раза меньше, чем в контрольной.

В первой группе у 41 (83,7%) пациента выполнена одна ПВЭС. Необходимость выпол-

Таблица 3

Результаты бактериологического исследования перитонеального экссудата

Степень бактериальной контаминации (КОЕ/мл)		1-я группа (n = 24)		2-я группа (n = 21)		P
		абс.	%	абс.	%	
Интраоперационно	До 10 ⁵	2	8,3	1	4,8	>0,05
	10 ⁵ – 10 ⁶	5	20,8	4	19,0	>0,05
	Более 10 ⁶	17	70,8	16	76,2	>0,05
Во время ПВЭС	Роста нет	3	12,5	6	28,6	>0,05
	До 10 ⁴	7	29,2	6	28,6	>0,05
	10 ⁴ – 10 ⁵	8	33,3	5	23,8	>0,05
	Более 10 ⁵	6	25,0	4	19,0	>0,05
Через 24 часа после ПВЭС	Роста нет	7	29,2	13	61,9	<0,05
	До 10 ⁴	8	33,3	4	19	>0,05
	10 ⁴ – 10 ⁵	5	20,8	3	14,3	>0,05
	Более 10 ⁵	4	16,7	1	4,8	<0,05

Таблица 4

Признаки дисфункции кишечника	1-я группа (n=49)		2-я группа (n=41)		P
	абс.	%	абс.	%	
Позднее восстановление перистальтики	24	49,0	11	26,8	<0,05
Позднее начало отхождения газов	21	42,9	8	19,5	<0,05
Потребность в медикаментозной стимуляции	13	26,5	5	12,2	<0,05
Дебит по назогастральному зонду более 500 мл/сут или наличие рвоты на 3-е сутки п/о периода	10	20,4	2	4,9	<0,05
Маятникообразная перистальтика	22	44,9	6	14,6	<0,05
Свободная жидкость	27	55,1	16	39,0	>0,05
Расширенные петли кишечника	26	53,1	9	22,0	<0,05

нения повторных санаций определялась по совокупности визуальных признаков воспаления в брюшной полости: мутный серозный или гнойный выпот, большое количество экссудата (более 300 мл) и фибриновых наложений, отек и гиперемия кишечной стенки, отсутствие перистальтики. У 6 (12,2%) пациентов ПВЭС проводилась дважды, у 1 (2%) – трижды и в 1 (2%) случае – 4 раза. Всего в первой группе выполнено 60 ПВЭС у 49 пациентов. Среднее количество санаций составило 1,22. Во второй группе только 3 (7,3%) пациентам потребовалась повторная ПВЭС. 41 пациенту выполнено 44 лапароскопических санационных вмешательств. Среднее количество санаций во второй группе составило 1,07 ($p>0,05$).

Частота послеоперационных осложнений и летальность у пациентов с распространенным гнойным перитонитом представлена в таблице 5.

Общее количество осложнений во второй группе было в 1,9 раза ниже, чем в первой ($p<0,05$). Использование разработанной технологии ПВЭС позволило значительно уменьшить число местных осложнений: нагноения наблюдались в 1,8 раза меньше, несостоятельность швов анастомозов полых органов – в 2 раза, случаев эвентрации, абсцессов брюшной

полости удалось избежать. Общие осложнения (пневмония, плеврит, тромбофлебит) развивались одинаково часто в обеих группах. Во второй группе осложнения зарегистрированы у 9 (22%) пациентов, а в первой – у 19 (38,8%). Специфических осложнений, связанных с применением разработанного метода ПВЭС, не наблюдалось.

У 6 (12,2%) пациентов первой группы возникла необходимость выполнения релапаротомии «по требованию». В 4 (8,2%) случаях это было связано с возникшими внутрибрюшными осложнениями (несостоятельность швов анастомозов, эвентрация, абсцесс брюшной полости) и у 2 (4%) – в связи с прогрессированием явлений перитонита. Из этой группы умерло 2 пациента. Во второй группе релапаротомия «по требованию» выполнена в 3 (7,3%) случаях: 1 (2,4%) пациенту с несостоятельностью энтероэнтероанастомоза и 2 (4,9%) пациентов с некупирующимся перитонитом. Летальный исход имел место в 2 случаях.

Во второй группе при применении стандартной методики комбинированного лечения умерло 7 пациентов, летальность при этом составила 14,3%. Основной причиной летальных исходов в данной группе явились прогрессирование эндогенной интоксикации и поли-

Таблица 5

Осложнение	1-я группа (n=49)		2-я группа (n=41)		P
	абс.	%	абс.	%	
Нагноение раны	13	26,5	6	14,6	>0,05
Эвентрация	1	2,0	–	–	–
Абсцесс брюшной полости	1	2,0	–	–	–
Несостоятельность швов анастомозов	2	4,1	1	2,4	>0,05
Пневмония	5	10,2	3	7,3	>0,05
Плеврит	1	2,0	1	2,4	–
Тромбофлебит	–	–	1	2,4	–
Всего осложнений	23	46,9	12	29,2	<0,05
Больных с осложнениями	19	38,8	9	22,0	<0,05
Летальность	7	14,3	2	4,9	>

органной недостаточности. Во второй группе умерло 2 пациента, а послеоперационная летальность составила 4,9% ($p > 0,05$). Основной причиной смерти в данной группе явилась полиорганная недостаточность.

Таким образом, проведенные исследования показали, что при использовании комбинированного способа с санацией брюшной полости пульсирующей струей антисептика и введением иммобилизованных форм гипохлорита натрия в геле карбоксиметилцеллюлозы во время операции по поводу распространенного гнойного перитонита у пациентов быстрее снижается уровень эндогенной интоксикации и купируются воспалительные изменения в брюшной полости, скорее восстанавливается моторно-эвакуаторная функция кишечника и наблюдается менее выраженный спаечный процесс в брюшной полости, чем при традиционном варианте этого метода лечения. Эффект пульсирующей струи антисептика объясняется в основном механическим воздействием. В фазе «компрессии» струя жидкости при помощи микроудара освобождает слабо фиксированные участки фибрина, свертки крови и микробные тела, проникает в микрополости, разрушая их. В межпульсовой «декомпрессивной» фазе они отходят с потоком жидкости. Множественное повторение пульсаций позволяет эффективнее удалять фибрин. Депонирование в геле карбоксиметилцеллюлозы гипохлорита натрия пролонгирует его действие и предупреждает инактивацию антисептика перитонеальным токсическим экссудатом. При этом достаточно высокие концентрации антисептика наблюдаются в брюшной полости до 3 часов, а следы выявляются в течение суток. Этим более длительным действием гипохлорита натрия в брюшной полости можно объяснить положительное влияние последнего на течение воспалительного процесса при распространенном гнойном перитоните. В свою очередь гели карбоксиметилцеллюлозы обладают «барьерным» действием в брюшной полости, т.е. препятствует слипанию поверхностей органов брюшной полости, и тем самым снижают выраженность спаечного процесса.

Выводы

1. Разработанная технология видеоэндоскопических санаций при помощи пульсирующей струи антисептика и введения в брюшную полость иммобилизованных форм гипохлорита натрия патогенетически обоснована, не вызывает специфических осложнений и может применяться в условиях общехирургического

отделения городских, районных и областных больниц.

2. Оригинальная технология лечения позволяет в ближайшем послеоперационном периоде снизить показатели эндотоксикоза в 1,5 раза, степень бактериальной контаминации брюшной полости в 3,5 раза, улучшить моторно-эвакуаторную функцию кишечника в 2 раза, что приводит к снижению осложнений на 16,8% и летальности на 9,4% у пациентов с распространенным гнойным перитонитом.

Конфликт интересов отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхин И. А. Хирургические инфекции : рук. / И. А. Ерюхин, Б. Р. Гельфанд, С. А. Шляпников. — СПб. : Питер, 2003. — 864 с.
2. Савельев В. С. Перитонит / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, М. И. Филимонов. — М. : Литера, 2006. — 206 с.
3. Гостищев В. К. Инфекции в хирургии : рук. для врачей / В. К. Гостищев. — М. : ГЭОТАР-Мед, 2007. — 768 с.
4. Сажин В. П. Современные тенденции хирургического лечения перитонита / В. П. Сажин, А. П. Авдовенко, В. А. Юрищев // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2007. — № 11. — С. 36–39.
5. Зубарев П. Н. Способы завершения операций при перитоните / П. Н. Зубарев, Н. М. Врублевский, В. И. Данилин // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2008. — Т. 167, № 6. — С. 110–113.
6. Лечение распространенного перитонита / Б. С. Суковатых [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2012. — № 9. — С. 42–47.
7. Шуркалин Б. К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б. К. Шуркалин, А. П. Фаллер, В. А. Горский // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2007. — № 2. — С. 24–28.
8. Theunissen S. Management and outcome of high-risk peritonitis: a retrospective survey 2005-2009 / С. Theunissen, S. Cherifi, R. Karmali // Int J Infect Dis. — 2011 Nov. — Vol. 15, N 11. — P. 769–73.
9. Ерюхин И. А. Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы / И. А. Ерюхин, С. Ф. Багненко, Е. Г. Григорьев // Инфекции в хирургии. — 2007. — Т. 5, № 1. — С. 6–12.
10. Efficacy of intraperitoneal antibiotics in the treatment of severe fecal peritonitis / С. J. Ablan [et al.] // Am J Surg. — 1991 Nov. — Vol. 162, N 5. — P. 453–56.
11. Выбор санирующих растворов и методов ушивания брюшной стенки при разлитом гнойном перитоните / С. О. Косильников [и др.] // Укр. журн. хирургии. — 2009. — № 3. — С. 95–98.
12. Антимикробная профилактика перитонита / С. В. Яковлев [и др.] // Инфекции в хирургии. — 2007. — Т. 5, № 4. — С. 10–14.

13. Способ лечения распространенного фибринозно-гнойного перитонита : пат. РФ, А61М 1/28 / Б. С. Суковатых, П. А. Иванов, Ю. Ю. Блинков ; заявитель Курск. гос. ун-т. — №2438716 ; заявл. 15.07.2012 ; опубл. 10.01.2012 // Офиц. бюл. Изобретения. Полезные модели. — № 1. — 5 с.

14. Способ лечения распространенного перитонита : пат. РФ, А61К31/14, А61Р31/04, А61К31/717/ Б. С. Суковатых, Ю. Ю. Блинков, С. А. Ештокин, В. А. Липатов ; заявитель Курск. гос. ун-т. — 2339368 ; заявл. 26.03.2007 ; опубл. 27.11.2008 // Офиц. бюл. Изобретения. Полезные модели. — 2008. — № 33. — 4 с.

15. Technique of ultrasonic detection and mapping of

abdominal wall adhesions / B. Sigel [et al.] // Surg Endosc. — 1991. — Vol. 5, N 4. — P. 161–65.

Адрес для корреспонденции

305041, Российская Федерация,
г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3,
ГБОУ ВПО «Курский государственный
медицинский университет»,
кафедра общей хирургии,
тел.раб.: 4712 52-98-62,
e-mail: SukovatykhBS@kursksmu.net,
Суковатых Борис Семенович

Сведения об авторах

Суковатых Б.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет».

Блинков Ю.Ю., к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Курский государственный

медицинский университет».

Иванов П.А., к.м.н., врач-эндоскопист областного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Курска».

Поступила 5.03.2013 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

15-16 мая 2014 года, в г. Самара, в Самарском государственном медицинском университете запланировано проведение

VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБЩИХ ХИРУРГОВ,

посвященной 95-летию СамГМУ, совместно с Пленумом проблемной комиссии «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совета по хирургии Минздрава РФ и РАМН

Предполагаемая тематика конференции:

• Острая кишечная непроходимость. Современные аспекты патогенеза, диагностики, лечения.

• Актуальные вопросы гнойных заболеваний костей и суставов.

• Преподавание хирургии.

Приглашаем Вас принять участие в подготовке и работе конференции. Прием материалов для опубликования в сборнике, заявок на выступления начнется с 01.09.13. Более подробная информация будет размещена на официальном сайте СамГМУ.

Контакты:

Тел.: раб.: **8 (846) 264-78-03**, тел. моб.: **8 (927) 202-40-50**,

E-mail: **sonis_ag@mail.ru**

Зав. кафедрой общей хирургии СамГМУ, профессор **Сонис Александр Григорьевич**