

И. А. ПЕТУХОВ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ

МИНСК
«БЕЛАРУСЬ»
1980

616.38-032 + 617.432

~~017.08~~

П 31

УДК 616.381—089—002

Петухов И. А. Послеоперационный перитонит.— Мн.: Беларусь, 1980.— 158 с.

Монография И. А. Петухова является первой в отечественной литературе обобщающей работой, в которой освещается проблема послеоперационного перитонита с позиций клинициста-хирурга.

В книге дан обзор литературы, посвященной исследованиям послеоперационного перитонита. Систематизированы и описаны клинические проявления различных форм послеоперационного перитонита, а также его диагностика, показания к релапаротомии и оптимальные сроки оперативного вмешательства, выбор метода обезболивания и разработка рационального плана операции.

Проанализированы и сопоставлены непосредственные результаты консервативного и хирургического методов лечения послеоперационного перитонита. Экспериментально обосновано и на клинических наблюдениях доказано преимущество активного хирургического лечения перед консервативным.

Показана роль микрофлоры кишечника в возникновении послеоперационного перитонита, намечены пути его профилактики.

При анализе причин и исходов послеоперационного перитонита установлена связь последнего с возрастом больных, локализацией и особенностями патологического процесса, способом оперативного вмешательства, встретившимися во время операции трудностями и допущенными диагностическими и техническими ошибками, предоперационной подготовкой и ведением послеоперационного периода. Даны практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике послеоперационного перитонита.

Монография рассчитана на хирургов, акушеров-гинекологов, реаниматологов, патологоанатомов и других специалистов, интересующихся проблемой послеоперационного перитонита.

Рецензент: ~~д-р~~ И. И. ГРИШИН

П 51100-014
М 301(05)—80 126—79 4143000000

© Беларусь, 1980

ПРЕДИСЛОВИЕ

Монография И. А. Петухова посвящена одной из наиболее существенных и трудных хирургических проблем — послеоперационному перитониту. Этот раздел гнойной хирургии мало изучен, особенно клиника, ранняя диагностика послеоперационного перитонита и вопросы хирургической тактики при этом тяжелом осложнении.

Автор на основании многочисленных клинических наблюдений систематизировал и описал проявления различных форм послеоперационного перитонита, дал схему классификации послеоперационного перитонита, которая может быть принята в качестве рабочей.

И. А. Петухов провел глубокий анализ причин возникновения послеоперационного перитонита, допущенных тактических и технических ошибок во время операции и в послеоперационном периоде.

Исходя из результатов комплексного исследования больных современными методами и клинических данных, автор раскрыл возможности своевременной диагностики послеоперационного перитонита.

Основываясь на результатах клинических наблюдений и экспериментальных данных, он установил факторы, предрасполагающие к перитониту, а также главные причины и источники послеоперационного перитонита. В итоге появилась возможность сформулировать основные положения по профилактике послеоперационного перитонита у больных, оперированных по поводу острых и хронических заболеваний органов брюшной полости.

И. А. Петухов на результатах клинических наблюдений доказал, что преимущества активного хирургического лечения послеоперационного перитонита заключаются в ранней широкой релапаротомии, главная цель которой — устранить источник перитонита, а в случае

невозможности этого — санировать и дренировать брюшную полость.

Читатель найдет в книге конкретные рекомендации по тактике лечения больных, показания и противопоказания к операции, сведения об оптимальных сроках оперативных вмешательств и наиболее радикальных и рациональных способах их выполнения.

Монография И. А. Петухова имеет большой научно-практический интерес. Она несомненно будет способствовать дальнейшему целенаправленному изучению перитонита и будет полезна для широкого круга хирургов, оперирующих на органах брюшной полости.

Герой Социалистического Труда,
лауреат Ленинской и Государственной премий
академик АМН СССР
В. И. СТРУЧКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительные достижения хирургии, многие вопросы проблемы перитонита остаются нерешенными. Наименее изучены послеоперационные перитониты. Последние являются одним из труднейших разделов хирургии и самой частой причиной смерти больных, оперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости.

Острый воспалительный процесс в брюшине после хирургического вмешательства развивается на фоне снижения реактивности организма, ослабленного операцией и заболеванием, по поводу которого она производилась. Вследствие этого, а также в результате применения антибиотиков сглаживается, затушевывается клиническая картина развивающегося перитонита. Она становится атипичной, болезнь с трудом диагностируется, активные хирургические мероприятия проводятся с опозданием.

На основании анализа результатов собственных наблюдений и данных литературы мы пришли к заключению, что по течению послеоперационные перитониты бывают: вялые, атипично протекающие, со смазанной клинической картиной, в которой превалируют явления нарастающего пареза кишечника, а также симптомы сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности; и острые, протекающие по типу перфорации полых органов.

История изучения послеоперационного перитонита насчитывает около 100 лет. Но как самостоятельную проблему послеоперационный перитонит стали изучать только с 1958 года, после того как на I съезде хирургов Российской Федерации в Ленинграде было принято решение: выделить послеоперационный перитонит из других перитонитов и изучать его обособленно. На съезде большинство докладчиков (В. И. Стручков и Б. П. Федоров, Б. А. Петров и А. А. Беляев, Б. М. Хромов и

Л. И. Гарвин, П. Н. Напалков, А. И. Кожевников и др.) высказались за изменение тактики хирургического лечения послеоперационного перитонита, потому что среди причин летальности главное место занимают запоздалые операции, когда процесс широко распространен и развились необратимые изменения во многих органах.

Снижение летальности после операций на органах брюшной полости упирается в проблему профилактики и лечения послеоперационного перитонита. Основными, узловыми вопросами проблемы разлитых послеоперационных перитонитов являются вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения, которые недостаточно изучены и мало освещены в литературе. В частности, недостаточно изучена и описана клиника различных форм послеоперационного перитонита, нет единого мнения относительно объема и типа повторных оперативных вмешательств, показаний и противопоказаний к ним, выбора метода обезболивания. Не разработаны также вопросы ранней диагностики, нет единой, общепризнанной классификации послеоперационных перитонитов и др.

Причины возникновения послеоперационного перитонита тесно связаны с клиническими проявлениями заболеваний органов брюшной полости, техникой выполнения оперативных вмешательств, предоперационной подготовкой и послеоперационным уходом за больными. Нами, как и другими исследователями, установлено, что послеоперационные перитониты в значительной степени обусловлены тактическими ошибками и техническими погрешностями, допускаемыми хирургами во время оперативных вмешательств. Поэтому профилактика, диагностика и лечение послеоперационного перитонита является трудной и актуальной задачей как для хирургов, так и для других специалистов, оперирующих на органах брюшной полости.

Проблема послеоперационных перитонитов имеет большое практическое значение и вызывает теоретический интерес еще и потому, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости производятся чрезвычайно широко.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, вследствие особенностей клинического течения послеоперационных перитонитов их диагностика представляет значительные трудности. Однако даже при атипичном, «вялом» течении они проявляются симптомами, по которым можно их распознать.

В связи с поздней диагностикой и запущенностью процесса большинство больных не подвергается оперативному вмешательству и погибает. При лечении больных послеоперационным перитонитом только активная хирургическая тактика может быть рекомендована и оправдана. Невозможно излечить больного всеми средствами и способами активной терапии, не прибегая к оперативному вмешательству.

Это положение подтверждается нашим опытом. Если за 1958—1971 гг. в клинике было оперировано меньше половины больных послеоперационным перитонитом, а выздоровели после операции чуть больше четверти, то за 1972—1976 гг. уже было оперировано свыше $\frac{4}{5}$ всех больных послеоперационным перитонитом, а выздоровели более половины из них. Это свидетельствует о том, что операции больным первого периода производились поздно, при тяжелых, необратимых изменениях во внутренних органах больных, и хирургические вмешательства уже не смогли спасти обреченных, а большинство больных второго периода были оперированы рано — до развития необратимых изменений во внутренних органах. Все неоперированные больные обоих периодов умерли.

Помимо ранней операции в успехе хирургического лечения послеоперационного перитонита важную роль играет также вид оперативного вмешательства. Пора окончательно отказаться от полумер — небольших паллиативных оперативных вмешательств под местным обезболиванием, которыми не ликвидируется источник пе-

перитонита. Такие операции теоретически обоснованы, оправданы и могут дать желаемый лечебный эффект только при первичном послеоперационном перитоните. Однако и в таких случаях они должны производиться до развития необратимых морфологических изменений во внутренних органах под эндотрахеальным наркозом и при широком оперативном доступе, чтобы можно было подвергнуть тщательной ревизии все отделы брюшной полости. Во время операции брюшную полость необходимо тщательно санировать, дренировать и, если необходимо, разгрузить кишечник от содержимого.

Радикальные оперативные вмешательства с целью ликвидации источника перитонита у больных с запущенным перитонитом также не улучшают исходов лечения. Оперативный радикализм должен быть разумным и соответствовать переносимости операции больным. Поэтому при комплексном лечении больных как вторичным, так и первичным послеоперационным перитонитом во всех случаях, когда позволяет состояние больного, показано раннее, многоплановое оперативное вмешательство с целью устранения причины перитонита. В таких случаях тактически наиболее правильно будет произвести экстренную широкую релапаротомию под эндотрахеальным наркозом с ревизией органов брюшной полости, в первую очередь, в области бывшего оперативного вмешательства; устранить причину перитонита (если это возможно); санировать брюшную полость; дренировать брюшную полость для подведения антибиотиков; добиться декомпрессии кишечника; тампонировать брюшную полость (при показаниях) и назначить комплексную интенсивную терапию в послеоперационном периоде.

При оперативных вмешательствах по поводу перитонита обычно механически удаляют содержимое брюшной полости отсасывающим аппаратом и салфетками, вводят в брюшную полость раствор антибиотиков и оставляют в ней дренажи (чаще микроирригаторы) для прерывистого или перманентного подведения антибиотиков. Мы поступаем так же.

Некоторые хирурги в послеоперационном периоде проводят перитональный диализ. Мы этим не пользуемся, а во время операции проводим промывание — лаваж — брюшной полости.

Многие хирурги воздерживаются от промывания

брюшной полости из-за боязни дальнейшего инфицирования еще не вовлеченной в воспалительный процесс брюшины.

Наши экспериментальные данные (1973 г.) и клинический опыт последних 5 лет (1972—1976 гг.) позволяют считать риск дальнейшего распространения воспалительного процесса по брюшине преувеличенным. Выгоды же промывания очевидны. Для промывания брюшной полости необходимо вливать достаточное количество жидкости, чтобы заполнить все ее отделы. При этом брюшную стенку следует приподнимать с обеих сторон и оставлять жидкость на 2—3 минуты, а затем ее аспирировать, повторяя эту процедуру несколько раз до получения чистой промывной жидкости. После этого брюшную полость нужно тщательно осушить марлевыми салфетками.

Прогноз при послеоперационных перитонитах плохой. Такие перитониты быстро развиваются и прогрессируют. Поэтому их лечение тем успешнее, чем раньше начато: только при раннем оперативном вмешательстве появляются реальные надежды на спасение больного. Все наши выздоровевшие больные повторно оперированы в ранний период.

Основным препятствием, стоящим на пути улучшения результатов хирургического лечения послеоперационного перитонита, является запущенность болезни у многих больных в связи с трудностями и ошибками ее диагностики.

Мы полностью согласны с К. С. Симоняном («Перитонит», М., 1971) в том, что диагностические (а также тактические) ошибки часто возникают тогда, когда какой-либо источник информации (общие симптомы, признаки местных изменений органов брюшной полости, данные анамнеза и прогноза) игнорируется.

Профилактика, своевременная диагностика, раннее оперативное вмешательство в виде широкой релапаротомии под эндотрахеальным наркозом, патогенетически обоснованная комплексная интенсивная терапия — вот те основные направления, разрабатывая которые можно добиться ощутимого снижения послеоперационной летальности, потому что каждые два из трех больных, умерших после операции на органах брюшной полости, умирают от перитонита.

В результате тщательного изучения отечественной и зарубежной литературы, посвященной послеоперационному перитониту, разработки различных моделей послеоперационного перитонита и его лечения у экспериментальных животных, изучения патогистологических изменений внутренних органов у экспериментальных животных и у больных, умерших от перитонита, анализа летальности от перитонита по данным прозектур и на основании нашего многолетнего клинического опыта в данной монографии мы смогли высказать ряд суждений по этому вопросу.

В своей работе мы попытались обратить внимание на эту актуальную проблему и убедить читателей в высказанных выше положениях. Если наша работа послужит толчком к дальнейшему изучению сложной и важной проблемы послеоперационного перитонита, мы будем считать, что наша цель достигнута.

ЛИТЕРАТУРА

Александров В. Б. Послеоперационный перитонит при операциях на прямой и ободочной кишках.— Матер. Всероссийской конф. хир.— Казань, 1970, с. 85—87.

Алекторов Б. А. Кишечные швы и послеоперационные осложнения: Автореф. канд. дис.— Л., 1955.

Анисимов А. Ф. Осложнения после резекции желудка при язвенной болезни и значение при этом ранних релапаротомий.— Вестн. хир., 1962, № 7, с. 66—68.

Апкарянц П. С. Микрофлора брюшной полости после резекции желудка.— Нов. хир. арх., 1956, № 4, с. 40—43.

Астров М. С. К оценке операции Кюммеля при выпадении прямой кишки. Операция Локхардт — Меммери.— Вестн. хир., 1934, 33, № 97—99, с. 57—61.

Бабицкий Г. С. Острый перитонит после внутренней уретротомии.— Здравсохранение Белоруссии, 1963, № 6, с. 78—79.

Баженова А. П. Анализ летальных исходов при остром перитоните и пути предупреждения этого осложнения.— Хирургия, 1958, № 4, с. 21—27.

Барон М. А. Локализация сосудов в толще серозной оболочки и ее барьерная функция.— Тр. I ММИ.— М., 1939, т. 16, с. 3—24.

Барон М. А. Реактивные структуры внутренних оболочек.— М., 1949.

Батян Н. П., Гришин И. Н., Хомченко М. Н., Федоров В. М. Послеоперационный перитонит.— Тез. докл. объединенного пленума правлений науч. общ. хирургов и травматологов БССР.— Минск, 1976, с. 11—12.

Белороссов В. К. О механической прочности пищеводно-кишечного анастомоза.— Сб. науч. тр. Ивановского мед. ин-та.— Иваново, 1960, вып. 23, с. 445—448.

Беляев А. А., Золотов Л. В. Об экстренной релапаротомии.— Вестн. хир., 1962, 88, № 4, с. 20—27.

Березов Е. Л. Вопросы хирургического лечения язвенной болезни.— Нов. хир. арх., 1956, № 4, с. 3—9.

Блошанский Ю. М. Клиника и лечение перитонита после операций кесарева сечения.— Сб. науч. работ врачей акушеров-гинекологов.— М., 1969, с. 171—178.

Богданов А. В. Индивидуальный выбор наилучшего метода пищеводного анастомоза при радикальном хирургическом лечении рака верхнего отдела желудка с переходом на пищевод.— Тез. докл. 2-й респ. онкол. конф. ТАССР.— Казань, 1964, с. 33—34.

Болярский Н. Н. Прения по проблеме «Перитонит и его лечение». — Тр. VI Всеукраинского съезда хир. — Днепропетровск, 1937, с. 86—88.

Бондарь В. А. Ближайшие осложнения после резекции желудка. — Сб. науч. тр. каф. факультетской и госпит. хир. педиатрич. и сан. фак. Харьковского мед. ин-та. — Харьков, 1958, с. 5—17.

Бочаров А. А. Итоги работы хир. клиники ин-та им. Склифосовского за 1936—1938 гг. — Анналы ин-та им. Н. В. Склифосовского, 1942, с. 265—327.

Брайцев В. Р. О грыжах мочевого пузыря. — Хирургия, 1911, № 29, с. 59—72.

Брайцев В. Р. Осложнения после операций по поводу воспаления червеобразного отростка. — Хирургия, 1913, 34, № 201, с. 258—290.

Брайцев В. Р. Функциональная способность почек при хирургических заболеваниях. Способы ее определения. — М., 1913.

Брауде А. И. Роль лимфатического русла серозной оболочки во всасывании суспензий из брюшной полости: Автореф. канд. дис. — М., 1946.

Брегадзе И. Л. Предупреждение перитонита после плановых чревосечений. — Тр. I съезда хир. Российской Федерации. — Л., 1959, с. 72—76.

Васильев А. Н. О перитонитах после операций в брюшной полости. — Сов. мед., 1959, № 11, с. 89—93.

Великорецкий А. Н. Пенициллин в хирургической практике. — В кн.: Антибиотические и химиотерапевтические средства в клинике. — М., 1950, с. 156—180.

Вилявин Г. Д., Нунов А. У., Маршак А. М. Профилактика перитонита при операциях на толстой кишке. — Матер. Всероссийской конф. хир. — Казань, 1970, с. 92—94.

Вишневецкая Е. М. Особенности диагностики и клиники перитонита оперированных больных раком желудочно-кишечного тракта. — Тр. 2-й Киргизской респ. онкол. конф. — Фрунзе, 1962, с. 97—101.

Воронин А. Г. Случай перитонита на почве гемофилии после операции грыжесечения с одновременной аппендэктомией. — Педиатрия, 1962, № 4, с. 86—87.

Ганжулевич Т. Ф. Проницаемость кишечной стенки при острых перитонитах. — М., 1927.

Гарвин Л. И., Самойлова Н. А., Болдова К. М. Перитонит как причина смерти при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. — Матер. Всероссийской конф. хир., посвященной 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. — Казань, 1970, с. 82—83.

Геворкян И. Х., Базян Р. А., Рахман Л. Е. Гормоны и ферменты в комплексном лечении гнойной инфекции. — В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии, новое в хирургии. — М., 1971, с. 58—59.

Герасимов А. И., Горовенко Л. И., Животовский П. И. Осложнение плевмоперитонеума ограниченным поддиафрагмальным перитонитом. — Врач. дело, 1963, № 7, с. 132—133.

Греков И. И. Материалы к вопросу о лечении разлитых гнойных перитонитов. — Русский врач, 1914, 13, № 1, с. 6—18.

Григорян А. И. К вопросу об острых гнойных перитонитах, развившихся без ближайших видимых причин. — Хирургия, 1910, № 27, с. 620—624.

Гришин И. Н. О применении АКТГ и кортизона в комплексном

лечении разлитого перитонита.— Здравоохран. Белоруссии, 1963, № 4, с. 16—18.

Грицман Ю. Я. Некоторые вопросы применения механического шва в хирургии.— Вести. хир., 1964, № 6, с. 59—63.

Давыдовский И. В. Анализ секционного материала патологоанатомических отделений больниц, институтов и родильных домов за 1928—1933 годы.— Арх. пат. анат. и пат. физиол., 1940, 6, № 3, с. 3—66.

Даниахий М. А. и Гуревич Э. И. Анализ причин смертности от гинекологических заболеваний.— Акуш. и гин., 1948, № 2, с. 35—42.

Даниахий М. А. Ошибки и опасности при гинекологических операциях.— М., 1953.

Даниель-Бек К. В. Выпадение прямой кишки и его лечение.— М., 1958.

Данилова Б. С. О всасываемости и проницаемости нормальной и воспаленной брюшины.— Вести. хир., 1958, № 1, с. 93—103.

Данилова Б. С. О всасывательной способности воспаленной брюшины.— Вестн. хир., 1960, № 10, с. 10—12.

Данилова Б. С. Резорбция брюшины и ее значение при перитоните.— Матер. 10-го пленума науч. об-ва хир.— Киев, 1967, с. 150—151.

Демидчик Е. П., Майзель М. Л., Гаин М. И. Перитонит у больных раком желудка после радиохирургического лечения.— Тез. докл. объединенного пленума науч. общ. хир. и травматол.-ортопед. БССР.— Минск, 1976, с. 30.

Дерябин И. И. Экспериментальные и клинические данные к этиологии и патогенезу острого гнойного перитонита.— Тр. I съезда хирургов Российской Федерации.— Л., 1959, с. 41—48.

Дерябин И. И. Острый гнойный перитонит (экспер. клин. исслед. этиологии, патогенеза и лечения): Автореф. докт. дис.— Л., 1962.

Дерябин И. И. Патогенетические основы комплексного лечения острого гнойного перитонита.— Матер. Всероссийской конф. хир.— Казань, 1970, с. 97.

Дивавин Л. А. Опыт анализа операционной смертности по материалу хирургического отделения Глуховской больницы за 25 лет (1906—1930 гг.).— Сов. хир., 1931, № 1, с. 102—110.

Дитерихс М. М. О самозащите брюшной полости после инфекции.— Юбилейный сб. Одесской окружной больницы.— Одесса, 1927, с. 192—208.

Дмитриевский В. Н., Волков В. Е., Баширова Н. Г. и др. Результаты лечения разлитых перитонитов.— Матер. Всероссийской конф. хирур.— Казань, 1970, с. 98.

Добычин Б. Д. О предупреждении перитонита при расхождении швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечного анастомоза после резекции желудка.— Сб. тр. Иркутского мед. ин-та, посвящ. 40-летию со дня основания.— Иркутск, 1959, с. 314—321.

Дорохов И. И. Некоторые вопросы морфологии и патогенеза острого перитонита.— Вести. хир., 1955, 76, № 7, с. 84—94.

Дорохов И. И. К морфологии послеоперационных перитонитов, леченных антибиотиками.— Арх. пат., 1956, № 4, с. 62—65.

Дыхно А. М. Показания к дренированию брюшной полости после резекции желудка по поводу неперфоративных язв.— Тр. Красноярского мед. ин-та.— Красноярск, 1953, т. 3, с. 129—131.

Еланский Н. Н. Опасность операционного ранения желчных путей.— Вестн. хир., 1934, № 100, с. 200—202.

Елецкая О. И. К вопросу о резекции для исключения при низко расположенных язвах двенадцатиперстной кишки.— Вестн. хир., 1951, 71, № 5, с. 46—51.

Еркин И. А. Непосредственные и отдаленные осложнения после надлобковых чреспузырных и позадилобковой внепузырной аденомэктомий: Автореф. канд. дис.— Смоленск, 1964.

Жданов Д. А. О направлениях и слияниях токов лимфы в брюшной полости.— Горький, 1941.

Жданов Д. А. Общая анатомия и физиология лимфатической системы.— М.— Л., 1952.

Жлоба А. Ф. Пункция брюшной полости как дополнительный метод диагностики острых хирургических заболеваний.— Клини. хир., 1962, № 9, с. 41—45.

Жлоба А. Ф. Дополнительные диагностические признаки прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.— Вестн. хир., 1975, № 9, с. 34—39.

Жлоба А. Ф., Зельдин Э. Я., Концевая Н. С. Микроскопическое исследование перитонеального содержимого при «остром животе».— Здравоохранение Белоруссии, 1977, № 1, с. 39—42.

Жмур В. А. Повреждения внепеченочных желчных путей при операциях на желудке.— Хирургия, 1937, № 5, с. 82—89.

Запорожец А. А. Послеоперационный перитонит.— Минск, 1974.

Запорожец А. А. Роль биологической негерметичности кишечного шва в развитии послеоперационного перитонита.— Тез. докл. объединенного пленума науч. общ. хир. и травматол.-ортопед. БССР.— Минск, 1976, с. 41—42.

Зверев А. И. Карманы брюшины человека и значение их в клинике.— Сб. тр. Ижевского мед. ин-та.— Ижевск, 1957, т. 16, с. 351—372.

Зыков В. М. К вопросу о лечении острых разлитых воспалений брюшины: Дис.— М., 1900.

Ильяшенко А. В. Непосредственные и отдаленные результаты резекции желудка для исключения.— Клини. хир., 1962, № 8, с. 26—29.

Каган Ц. С. Причины смертей после операций.— Вестн. хир., 1929, 18, № 53, с. 25—39.

Казakov Д. К. Срочная релапаротомия по поводу послеоперационных перитонитов в клинике неотложной хирургии.— Матер. Всероссийской конф. хир.— Казань, 1970, с. 106—107.

Калинина Т. В. Анализ результатов применения аппаратов (ПКС-25, КЦ-28) с циркулярным швом в абдоминальной хирургии.— В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии, новое в хирургии.— М., 1971, с. 215—216.

Калицов В. Г. Ранние осложнения после резекции желудка при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и пути их профилактики: Автореф. канд. дис.— Л., 1971.

Карякин А. М. Взаимосвязь антибиотиков и новокаина нормальной и воспаленной брюшиной.— Вестн. хир., 1960, № 3, с. 34—39.

Кирпатовский И. Д. Однорядные кишечные швы с узелками на слизистой.— Хирургия, 1952, № 5, с. 33—36.

Климова В. К. Осложнения после резекции желудка по поводу хронической язвы.— Тр. межобластной науч. конф. хир. обл. Урала и Зап. Сибири.— Курган, 1960, с. 37—46.

Ковтунович Г. П. Лечение выпадений прямой кишки.— Нов. хир. арх., 1960, № 3, с. 3—12.

Коген А. Л. О резекции желудка для выключения.— В кн.: Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии.— Горький, 1942, с. 274—287.

Кожевников А. И. Профилактика и лечение послеоперационных гнойных перитонитов.— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 79—82.

Колченогов П. Д. Наружные кишечные свищи и их лечение.— М., 1964.

Комахидзе М. Э., Ахметели Т. А., Хомерики Г. В. Вопросы патогенеза и лечения острого диффузного перитонита.— В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии, новое в хирургии.— М., 1971, с. 29—31.

Котляровский М. Л. Лечение выпадения прямой кишки.— Сб. науч. работ Самаркандского мед. ин-та.— Самарканд, 1947, т. 7, с. 245—251.

Кох Э. Хр. К вопросу о лечении свищей двенадцатиперстной кишки после резекции желудка.— Нов. хир., 1934, № 4, с. 503—517.

Краковский Н. И., Грицман Ю. Я. Ошибки в диагностике и лечении больных с острым перитонитом.— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 120—125.

Кузнецов В. А. Методика оперативного лечения выпадения прямой кишки у взрослых.— Л., 1960.

Курлов В. Н. Профилактика послеоперационного перитонита путем перорального применения сульфаниламидов и антибиотиков.— Хирургия, 1956, № 11, с. 21—25.

Кучмаева В. Г., Арутюнян Р. Р., Кечеджиев Г. А. и др. Перитонит и анализ летальности при остром аппендиците.— В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии, новое в хирургии.— М., 1971, с. 62—63.

Кушаковский О. С. Изменения всасывательной способности брюшины при инфекционном процессе под влиянием антибиотиков.— Хирургия, 1956, № 5, с. 27—30.

Левин Р. И. Прения по докладам по проблеме «Перитонит и его лечение».— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 223.

Левин М. М. Пути снижения летальных исходов и тяжелых осложнений после операций на желудке.— Вопр. клин. хир.— Харьков, 1960, с. 5—16.

Лизунова А. В., Федоров В. Д. Резистентность и изменения биологических свойств бактерий, выделяемых при перитоните.— Антибиотики, 1972, № 2, с. 166—171.

Лисицина О. Б. Морфологические изменения брюшины при острых гнойных распространенных перитонитах, леченных антибиотиками.— Экспер. хир., 1957, № 1, с. 61—64.

Луценко С. М. Перитонит в пожилом и старческом возрасте (клин.-эксп. морф. иссл.).— Кишинев, 1962.

Мазченко Н. С. К вопросу о лечении свищей двенадцатиперстной кишки.— Нов. хир. арх., 1958, 4, № 3, с. 73—76.

Малиновский Н. Н., Скуркович С. В., Исаков Ю. Ф. и др. Получение гипериммунной стафилококковой плазмы и ее клиническое применение при хирургической стафилококковой инфекции.— Тр.

XXIV конгресса Международного общества хирургов.— М., 1972, т. 1, с. 134—137.

Малышев Ю. И. Клиническая оценка операции А. Г. Радзиевского при выпадении прямой кишки.— Вестн. хир., 1959, № 2, с. 18—24.

Маклецов И. И. К вопросу о проницаемости для бактерий стенок кишки при непроходимости последних.— Врач, 1897, № 10, с. 277—278.

Марков Н. В. Операция пересадки мочеточников в толстую кишку.— Хирургия, 1939, № 7, с. 76—85.

Мартынов А. В. К вопросу о повреждениях желчных путей при холецистэктомиях.— Сибирский меджурнал, 1931, № 7, с. 50—55.

Маршак-Розенцвейг А. М. Антибиотики при операциях на органах брюшной полости: Автореф. докт. дис.— М., 1965.

Матяшин И. М., Гнилицкая Л. И. Некоторые стороны патогенетического лечения острого перитонита.— Матер. 10-го пленума науч. общ-ва хир. УССР.— Киев, 1967, с. 109—111.

Мачабели А. Н. Брауновский анастомоз как профилактика послеоперационных осложнений при резекции желудка.— Сов. мед., 1957, № 4, с. 109—112.

Маят В. С., Федоров В. Д. Актуальные вопросы лечения перитонита.— Матер. Всероссийской конф. хир.— Казань, 1970, с. 63—64.

Маят В. С., Федоров В. Д. Антибактериальная терапия в системе комплексного лечения больных перитонитом.— В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии. Новое в хирургии.— М., 1971, с. 17—20.

Мельников А. В. О резекции желудка и ее особенностях.— Сб. тр., посвящ. 40-летию науч. и учеб. деятельности засл. деятеля науки, проф. В. Н. Шевкуненко.— Л., 1937, т. 2, с. 95—116.

Мельников А. В. Последствия огнестрельных ранений живота.— Тр. XXV Всесоюзного съезда хир.— М., 1948, с. 233—260.

Мельников А. В. О хирургическом лечении язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.— Вестн. хир., 1954, № 2, с. 5—19.

Меликова И. Ю., Жадовская В. М. Об осложнении диагностической пункции печени желчным перитонитом (к вопросу о противопоказаниях к диагностической пункции печени).— Клини. мед., 1959, № 2, с. 116—118.

Мелихов П. Г. Послеоперационные перитониты.— Тр. I Моск. мед. ин-та.— М.— Л., 1935, т. 1, с. 113—122.

Мечников И. И. Этюды о природе человека.— М., 1908.

Миц Г. М. К вопросу о влиянии ультрафиолетовых лучей на всасывающую способность брюшины при перитонитах. (Экспер. иссл.).— Хирургия, 1939, № 12, с. 45—52.

Мультановский Я. Я. К вопросу о проницаемости для бактерий стенок кишечника при непроходимости его: Дис.— СПб, 1895.

Мухадзе Г. М. Некоторые замечания по поводу хирургического лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.— Сов. мед., 1947, № 11, с. 22—24.

Напалков Н. И. Неотложная хирургия перитонита.— Тр. II съезда хир. Северо-Кавказского края.— Ростов-на-Дону, 1927, с. 101—105.

Напалков П. Н. Содержимое желудка при остром перитоните.— Тр. II съезда хир. Северо-Кавказского края.— Ростов-на-Дону, 1927, с. 122—125.

Напалков П. Н. Перитонит после резекции желудка.— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 66—72.

Никишин В. К. Перитонит как причина летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.— Матер. Всероссийской конф. хирургов.— Казань, 1970, с. 118.

Огнев Б. В. Прения по проблеме «Перитонит и его лечение».— Тр. VI. Всеукраинского съезда хирургов.— Днепропетровск, 1937, с. 85—86.

Огнев Б. В. Значение лимфатической системы в процессе всасывания антибиотиков.— В кн.: Лечение антибиотиками.— М., 1950, с. 95—97.

Огнев Б. В., Фраучи В. X. Топографическая и клиническая анатомия.— М., 1960.

Олешкевич И. Б. К вопросу о тактике хирурга при недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки.— Сб. тр. Витебского мед. ин-та.— Минск, 1954, вып. 5, с. 53—54.

Оппель В. А. Экспериментальный острый микробный перитонит.— Русский врач, 1902, № 11, с. 409—412.

Оппель В. А. Диагностические ошибки в брюшной хирургии.— Нов. хир. арх., 1926, № 3, с. 274—291.

Орлов В. И. Материалы к вопросу об обеззараживании кишечника при помощи уротропина и перекиси магния: Дис.— СПб, 1907.

Осмоловский М. Р. О лечении перитонита разрезом живота.— М., 1890.

Павловский А. Д. К учению об этиологии, способе происхождения и формах острого перитонита.— Русская медицина, 1889, № 66, с. 5—9.

Петерсон Б. Е. Анастомозы при гастрэктомии и резекции пищевода.— М., 1962.

Петров Б. А., Беляев А. А. Актуальные вопросы лечения больных с перитонитом.— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 24—32.

Петров В. А. О функции брюшины в нормальных и патологических условиях.— Вестн. хир., 1955, № 4, с. 88—94.

Петров Н. Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.— Л., 1938.

Петров Н. Т., Розенсон И. Р. Сульфамидо-профилактика при операциях в брюшной полости.— Хирургия, 1943, № 5, с. 7—12.

Петров В. Ю. Эвакуаторная функция двенадцатиперстной кишки и несостоятельность дуоденальной культи после резекции желудка по Бильрот-II: Автореф. канд. дис.— Л., 1972.

Петровский Б. В. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии.— М., 1950.

Петухов И. А. К вопросу о путях снижения летальности при послеоперационных перитонитах.— Тр. V съезда хир. БССР.— Минск, 1966, с. 33—38.

Петухов И. А. К вопросу об экскреции 17-оксикортикостероидов мочой при острых заболеваниях органов брюшной полости и перитоните.— Матер. 24-й науч. сессии Витебского мед. ин-та.— Минск, 1966, с. 191—193.

Петухов И. А. Анализ послеоперационной летальности от перитонита при острой кишечной непроходимости.— Сб. науч. тр. Витебского мед. ин-та.— Минск, 1968, вып. 12, с. 249—253.

Петухов И. А. Изменения некоторых биохимических показателей

крови при послеоперационном перитоните в эксперименте.—Матер. 26-й науч. сессии Витебского мед. ин-та.—Минск, 1968, с. 85—86.

Петухов И. А. К вопросу о релапаротомиях при послеоперационных перитонитах.—Сб. науч. тр. Витебского мед. ин-та.—Минск, 1968, вып. 12, с. 253—256.

Петухов И. А., Обуховская Л. А. Изменения общего белка и белковых фракций крови при экспериментальном перитоните.—Матер. 27-й науч. сессии и 28-й студ. конф. Витебского мед. ин-та.—Витебск, 1969, с. 120—121.

Петухов И. А., Засько Р. А. Некоторые статистические данные о послеоперационном перитоните.—Матер. 27-й науч. сессии и 28-й студ. конф. Витебского мед. ин-та.—Витебск, 1969, с. 118—119.

Петухов И. А. Послеоперационные перитониты (клиника, диагностика, лечение и предупреждение).—Сб. науч. тр. Витебского мед. ин-та.—Витебск, 1969, вып. 13, кн. 2, с. 172—178.

Петухов И. А., Обуховская Л. А. К вопросу о нарушении некоторых функций печени при послеоперационном перитоните у собак.—Матер. конф. «Состояние функции печени и поджелудочной железы при заболеваниях желудочно-кишечного тракта».—Витебск, 1970, с. 171—173.

Петухов И. А. Некоторые показатели углеводного обмена в печени и сыворотке крови при послеоперационном перитоните.—Матер. 28-й науч. сессии Витебского мед. ин-та.—Витебск, 1970, с. 112—113.

Петухов И. А., Тареев Н. Г. Клиника, диагностика и лечение острой кишечной непроходимости.—Сб. науч. тр. Витебского мед. ин-та.—Витебск, 1971, т. 14, с. 204—207.

Петухов И. А. К вопросу о чувствительности к антибиотикам микрофлоры полых органов брюшной полости и ее роль в этиологии послеоперационного перитонита.—В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии (Матер. 12-го пленума Всесоюзного об-ва хир.).—М., 1971, с. 28—29.

Петухов И. А., Новиков Д. К. Активность щелочной и кислой фосфатаз в почках при перитоните.—Здравоохр. Белоруссии, 1972, № 1, с. 90—91.

Петухов И. А. Экспериментальное обоснование хирургической тактики при послеоперационном перитоните.—В кн.: Акт. вопр. хир. органов брюшной и грудной полости.—Минск, 1973, с. 141—144.

Петухов И. А. К вопросу о профилактике острых панкреатитов в связи с резекцией желудка.—Тез. докл. 12-го объединенного пленума хир. БССР.—Минск, 1974, с. 59—61.

Петухов И. А. Причины перитонита в связи с резекциями желудка по поводу гастродуоденальных язв.—Восст. хир.—Ростов-на-Дону, 1974, вып. 2, с. 260—263.

Пилипенко А. Г. Ближайшие исходы после резекции желудка по поводу язвенной болезни.—Вестн. хир., 1957, № 2, с. 56—59.

Подрушняк Е. П. Перспективы применения фталазола в брюшной хирургии. Укр. НИИ ортопедии и травматол.—Сб. реф. науч. работ, 1957, с. 63—64.

Полсадова К. И., Топровер Г. С. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (по материалам клиники за 12,5 лет).—Вестн. хир., 1934, № 100, с. 39—47.

Поповьян И. М. Хирургическое лечение язвенной болезни же-

лудка и двенадцатиперстной кишки.— Сов. мед., 1952, № 6, с. 20—21.
Рейнберг Г. А., Копцовская Л. С. О прочности швов (экспер. иссл.).— Совр. хир., 1933, 4, № 3—4, с. 382—397.

Руфанов И. Г. К вопросу о послеоперационных осложнениях при воспалительных процессах желчных путей и пузыря.— Русская клиника, 1926, № 23, с. 438—445.

Руфанов И. Г. Изменения кишечной стенки при кишечной непроходимости. Экспериментальное исследование.— Тр. XIX съезда российских хирургов.— М., 1928, с. 26—28.

Рыжих А. Н., Милитарев Ю. М. Релапаротомия после операции на прямой и толстой кишках.— В сб.: Новейшие достижения проктологии.— М., 1966, с. 249—256.

Рыжов П. В. Об осложнениях после резекции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.— Сов. мед., 1959, № 11, с. 94—97.

Савельев В. С. Современные принципы лечения гнойного перитонита.— Матер. Всероссийской конф. хир.— Казань, 1970, с. 60—62.

Савиновская А. А. Исследования циркуляции жидкости в брюшной полости методом витальной окраски гистиоцитов: Канд. дис.— М., 1944.

Савиновская А. А. О секреторной функции мезотелия пристеночной брюшины кроликов.— Докл. АН СССР, 1955, № 100, с. 365—368.

Самохоцкий С. О. Грыжи мочевого пузыря.— Хирургия, 1903, № 14, с. 81.

Сахарулидзе Т. С. Клиника и лечение выпадения прямой кишки: Автореф. канд. дис.— Тбилиси, 1954.

Сельцовский П. Л. Итоги 12-летнего изучения разлитого гнойного перитонита.— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 176—179.

Сидоркин А. С. Анализ причин летальных исходов у язвенных больных после резекции по способу Бильрот-I и Бильрот-II (Гофмейстер — Финстерер).— Тр. ин-та им. Н. В. Склифосовского.— М., 1957, т. 4, с. 101—113.

Смирнов А. В. Заключительное слово председателя по проблеме «Перитонит и его лечение».— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 204—207.

Смирнов Е. В. Повреждения печеночного и общего желчного протоков во время резекции желудка.— Вестн. хир., 1958, 80, № 5, с. 15—21.

Советов Н. В. Послеоперационный дуоденальный свищ и его лечение.— В кн.: Вопр. хир. войны и абдоминальной хир.— Горький, 1946, с. 536—543.

Соколов В. В. Патогенез и хирургическое лечение выпадения прямой кишки операцией Кюммеля: Канд. дис.— Горький, 1944.

Соколов О. А. Ранняя диагностика и лечение ограниченных перитонитов после операций на желудке.— Казанский мед. журн., 1935, № 2, с. 217—221.

Сосняков Н. Г. Послеоперационная летальность и ее причины: Докт. дис.— Л., 1949.

Спасокукоцкий С. И. Резекция желудка как радикальная и палиативная операция.— Хир. арх. Н. А. Вельяминова, 1912, № 5, с. 33—55.

Станиславская М. М. Длительность концентрации пенициллина

я крови при введении в брюшную и плевральную полость.— Клин. мед., 1950, № 11, с. 76—81.

Старовойтов И. М. Очерки гнойной хирургии в гинекологии и акушерстве.— Минск, 1972.

Старовойтов И. М., Лукашевич Г. А. Перитониты после кесарского сечения.— Тез. докл. 12-го объединенного пленума.— Минск, 1974, с. 27—29.

Старцев И. В. Перитониты и спаечные процессы в брюшной полости после резекции желудка.— Нов. хир. арх., 1960, № 2, с. 52—55.

Стручков В. И., Федоров Б. П., Беккер А. И. Перитониты при острых хирургических заболеваниях.— Матер. 10-го пленума научи. об-ва хирургов УССР.— Киев, 1967, с. 102—103.

Стручков В. И., Федоров Б. П. Вопросы диагностики и лечения общих разлитых послеоперационных перитонитов.— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 48—55.

Стручков В. И. Основные вопросы гнойной инфекции.— В кн.: Хирургическая инфекция и интенсивная терапия в хирургии, новое в хирургии.— М., 1971, с. 3—4.

Стручков В. И. Актуальные проблемы инфекции в хирургии.— Вестн. хир., 1972, № 5, с. 9—15.

Стручков В. И. Современные вопросы гнойной хирургической инфекции.— Тр. XXIV конгресса Международного общества хирургов.— М., 1972, т. 1, с. 112—116.

Стручков В. И. Основные проблемы учения о ранах.— Тр. XXIX Всесоюзного съезда хирургов.— Киев, 1975, с. 59—62.

Стручков В. И., Григорян А. В., Гостищев В. К. и др. Протеолитические ферменты в гнойной хирургии.— М., 1970.

Стручков В. И., Григорян А. В., Недвецкая Л. М., Гостищев В. К. Антибиотики в хирургии.— М., 1973.

Стручков В. И., Григорян А. В., Гостищев В. К. Гнойная рана.— М., 1975.

Субботин М. Я. Всасывание взвесей из брюшной полости в условиях экспериментального перитонита: Автореф. канд. дис.— М., 1946.

Телков Н. А. Прения по проблеме «Перитонит и его лечение».— Тр. I съезда хир. Российской Федерации.— Л., 1959, с. 192—193.

Тираспольская М. М. Послеоперационные перитониты в клиническом отношении.— Врач. дело, 1948, № 11, с. 965—970.

Трофимов А. Н. Роль белого стрептоцида в брюшной хирургии.— Тр. ВММА.— Л., 1948, т. 9, с. 161—174.

Усов П. С. Некоторые гистологические данные к вопросу о всасывании из серозных полостей: Дис.— М., 1900.

Цепулин В. В. Молниеносный гнойный перитонит как осложнение операции аппендэктомии в холодном периоде.— Журн. Саратовского ун-та, 1929, № 3, с. 249—258.

Чистович Ф. Я. О проходимости для микробов кишечной стенки при экспериментальном перитоните.— Больничная газета Боткина, 1896, № 44, с. 1121—1159.

Шабанов А. Н. Послеоперационные панкреатиты в хирургической практике.— Хирургия, 1963, № 6, с. 56—62.

Шабанов А. Н. Причины смерти больных старше 60 лет при язвенной болезни.— Хирургия, 1972, № 2, с. 128—132.

Шалагин М. М. К вопросу о роли содержимого толстого и тонкого кишечника в развитии перитонита.— Нов. хир. арх., 1941, 48, № 3, с. 227—233.

Шалимов А. А., Шапошников В. И. К вопросу о комплексной терапии острых перитонитов.—Матер. Всероссийской конф. хир. посвященной 100-летию со дня рождения В. И. Ленина.—Казань, 1970, с. 72—73.

Шамов В. Н. Острые диффузные перитониты и их лечение.—Нов. хир. арх., 1937, 38, № 149, с. 10—30.

Шеломанов Н. Ф. Ранние осложнения после резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. канд. дис.—Витебск, 1965.

Шлапоберский В. Я., Невтонова Г. Я. Пенициллинотерапия гнойных процессов брюшной полости и некоторые данные об изменении клинической картины болезни под влиянием ее.—Хирургия, 1952 № 3, с. 39—48.

Шлапоберский В. Я. Острые гнойные перитониты.—М., 1958.

Шотт А. В., Запорожец А. А., Клинецвич В. Ю. и др. Совершенствование методики кишечного шва для профилактики послеоперационного перитонита.—Тез. докл. объед. пленума науч. об-в хир., травматол.-ортопед.—Минск, 1976, с. 89—91.

Щелкунов С. И. Строение брюшины и ее производных в нормальных и экспериментальных условиях.—Арх. анат., гистол. и эмбриол., 1936, № 1, с. 71—100.

Щелкунов С. И. Экспериментально-гистологическое изучение развития спаек брюшины.—В кн.: Реактивность и пластичность тканей.—М.—Л., 1953, с. 33—46.

Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии.—М., 1955.

Яуре Г. Г. О хроническом бактериальном мезентериолите.—Вестн. хир. и погр. обл., 1924, 4, № 10, с. 159—173.

Altmeier W. A., Hummel R. P., Hill E. O. Prevention of infection in colon surgery.—MPЖ, 1967, 1, 180, с. 148—150.

Antilla L. E., Lattinen J. Wound infections biliary tract surgery.—Тр. XXIV конгресса Международного об-ва хир.—М., 1972, т. 1, с. 171—174.

Avola F. A., Ellis D. S. Leakage of the duodenal or antral stump complicating gastric resection.—Surg., Gyn. and Obst., 1954, 99, 3, 359.

Caudell W. S., Carisson R. L., Lee C. M. Use and complications of catheter duodenostomy in gastric resection.—Surg., Gyn. and Obst., 1955, 100, 4, 506—509.

Clairmont P. Gegenanzeigen bei nicht dringlichen Operationen.—Zbl. Chir., 1963, 21, 1213—1214.

Claude E. Welch, Grunt Rodkey. A method of management of the duodenal stump after gastrectomy.—Surg., Gyn. and Obst., 1954, 98, 3, 376—379.

Cope Z. A history of the acute abdomen.—London, Oxford University Press., 1965.

Cullen W. Цит. по Cope (1965).

Dorn W. Beschwerden nach Magenoperationen und ihre Behandlung.—Arztl. Wschr., 1956, 49, 1089—1090.

Desjaces R. On peritonitis following cold appendectomy. Pathogenic study.—Mem. Acad. chir., 1961, 87, 851—853.

Finsterer H. Ausgedehnte Magenresektion bei Ulcus duodens statt der einfachen Duodenalresektion bzw. Pyloues-Ausschaltung. — Zbl. Chir., 1918, 26, 135—143.

Friedrich K., Weber H. Die Infektion des Peritoneums bei Magenoperationen wegen Carcinom. Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni gleichzeitig eine Übersicht über die postoperativen Todesursachen insbesondere der Peritonitis. — Arch. klin. Chir., 1932, 171, 673—691.

Gallison D., Skinner D. Bile peritonitis complicating needle biopsy of liver. — New Engl. Journ. med., 1950, 243, 47—52.

Grawitz P. Statistischer und experimentellpathologischer Beitrag zur Kenntnis der Peritonitis. — Charité Annalen, 1886, 11, 770.

Grawitz P. und de Bary. Über die Ursachen der Subcutanen Entzündung und Eiterung. — Virch. Arch., 1887, 108, 8, 8.

Haberer H. E. Betrachtungen über unsere Misserfolge bei Resektionen wegen Magen- und Duodenalgeschwüren. — Zbl. f. Chir., 1939, 2 33

Haberer. Meine Erfahrungen mit 183 Magenresektion. — Arch. f. klin. Chir., C VI, 533—548.

Höbler S. Zur Versorgung der Duodenalstumpinsuffizienz. — Zbl. Chir., 1960, 14, 606—608.

Kirschner M. Die Behandlung der akuten eitrigen freien Bauchfellentzündung. — Arch. klin. Chir., 1926, 142, 252—311.

Kockoglu H. Biliary pleuroperitonitis following puncture biopsy of the liver. — Lyon Chir., 1961, 57, 715—718.

Larsen B. B., Foreman R. C. Syndrome of the leaking duodenal stump. — A. M. A. Arch. Surg., 1951, 63, 480—485.

Lohr W. Klinischer und experimenteller Beitrag zur Frage der Perforationsperitonitis des Magen- und Duodenalgeschwürs und seiner Folgezustände. — Deutsch. Z. Chir., 1924, 187, 5—6, 289—316.

Louw. Цит. по Н. И. Краковскому и Ю. Я. Грицману (1959).

Miculicz J. Versuche über Resistenzvermehrung des Peritoneums gegen Infektion bei Magen- und Darmoperationen. — Arch. klin. Chir., 1904, 73, 330—342.

Nissen K. Einige operativ-technische Unfälle bei Magenoperativen und ihre Korrektur. — Helvet. Acta Chir., 1959, 26, 3, 191—200.

Orr I. M. Selective surgery for peptic ulcer following up studies on a series of 1502 operations for peptic ulcer carried out by the selective policy. — Brit. J. Surg., 1962, 59, 220, 121—130.

Olivier Cl. et al. Septicemies et accidents toxi-infectieux au cours des interventions sur le tube digestif. — Tr. XXIV конгресса Международного об-ва хир. — М., 1972, т. 1, с. 163—168.

Recklinghausen. Zur Fettresorption. — Virch. Arch., 1883, 26, 189—201.

Remington J. H. Antibiotics in the prevention of anastomotic dehiscence after low anterior resection. — Bulletin de la Societe internationale de chirurgie, 1971, 30, 4, 306.

Sahlin O., Högman C. F. Infections complicating gastric surgery. II. The mechanism of postoperative peritonitis. — Acta chir. Scandinav., 1957, 113, 2, 79—95.

Shires T., Jackson D., Williams I. Temporary duodenal decompression as an adjunct to gastric resection for duodenal ulcer. — Amer. Surg., 1962, 28, 10, 709—719.

Smith et Srilagni. Цит. по Н. И. Краковскому и Ю. Я. Грицману (1959).

Stich R. Über die Peritonitisgefahr nach primär nicht eifrigen Bauchoperationen.— *Der Chirurg.*, 1934, 244.

Vaughlin P. Discussion on the origin and prevention of peritoneal complications of cold appendectomy.— *Med. Acad. Chir.*, 1961, 87, 880—886.

Wegner G. Chirurgische Beobachtungen über die Peritoneuhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariectomie.— In: *Verhandl. d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie (V Congress)*. Berlin, 1877, 1—97.

Williams R. E. The role of the hospital ward in the etiology of surgical infections.— *Тр. XXIV конгресса Международного об-ва хир.*— М., 1972, т. 1, с. 76—78.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Введение	5
I. Развитие учения о послеоперационном перитоните	7
II. Причины возникновения и механизм развития перитонита	21
Защитные функции брюшины	21
Микрофлора полых органов брюшной полости и ее роль в возникновении послеоперационного перитонита	22
Нарушение процессов всасывания брюшиной при перитонитах .	31
Морфологические особенности перитонита, леченного антибиотиками	34
III. Классификация послеоперационного перитонита	37
IV. Перитонит после плановых операций по поводу злокачественных опухолей органов брюшной полости	44
Рак желудка	44
Рак толстой кишки	56
Рак желчного пузыря и желчных протоков	58
Рак поджелудочной железы и фатерова сосочка	58
Прочие новообразования органов брюшной полости	59
V. Перитонит после плановых операций по поводу хронических заболеваний органов брюшной полости	63
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки . .	63
Заболевания кишечника	70
Болезни желчных путей	71
Прочие хронические заболевания органов брюшной полости .	72
VI. Перитонит после экстренных операций по поводу острых заболеваний органов брюшной полости	75
Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки . .	76
Острая кишечная непроходимость (ОКН)	78
Ущемленные грыжи	84
Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости	85
Прочие острые заболевания органов брюшной полости . .	88
VII. Клиника и дифференциальная диагностика послеоперационного перитонита	92

Клиника	92
Дифференциальная диагностика	102
VIII. Лечение послеоперационного перитонита .	107
IX. Врачебные ошибки, способствующие развитию послеоперационного перитонита	121
X. Профилактика послеоперационного перитонита .	132
Заключение	140
Литература	144