

рецидивирования опухолей и принципах антиангиогенной терапии, позволит блокировать указанный вектор возобновления болезни.

Литература

1. Баныра О.Б. Блокада ангиогенеза в терапии рака почки: механизмы, особенности, перспективы / О. Б. Баныра, А. В. Шуляк // Экспериментальная и клиническая урология. – 2011. – №1. – с. 59–68.
2. Banyra O.B. Angiogenesis Inhibition in Renal Cell Carcinoma (RCC) Treatment: Mechanisms, Especialities and Perspectives / Banyra O.B., Shulyak A.V. // Experimental and Clinical Urology. – 2011. – №1. – P. 59–68. (In Russ.)
3. Европейская конвенция о защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и иных научных целях (ETS № 123). Приложение А «Руководство по содержанию и уходу за животными». – Страсбург, 18.03.1986.
4. European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental and Other Scientific Purposes (ETS No.123). Appendix A «Guidelines for the maintenance and care of animals». Strasbourg, 18.03.1986.
5. Каприн А.Д. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за 2003–2013 гг. / А.Д. Каприн, О.И. Аполихин, А.В. Сивков // Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – № 2. – с. 4–12.
6. Kaprin A.D. Analysis of urological morbidity and mortality in Russian Federation for 2003–2013 / Kaprin A.D., Apolikhin O.I., Sivkov A.V. // Experimental and Clinical Urology. – 2015. – № 2. – P. 4–12. (In Russ.)
7. Максимов А.В. Способ баллонной химиоэмболизации и резекции злокачественных опухолей паренхиматозных органов. Патент РФ на изобретение №2711549 / А.В. Максимов, П.А. Неустроев // Государственный реестр изобретений Российской Федерации. 17.01.2020.
8. Bergers G. Tumorigenesis and the angiogenic switch / G. Bergers, L.E. Benjamin // Nature Rev. Cancer. – 2003. – № 3 (6). – P. 401–410.
9. Costa J.L. Renal cell carcinoma: new developments in molecular biology and potential for targeted therapies. / J.L. Costa, H.A. Drabkin // The oncologist. – 2007. – № 12. – P. 1404–15.
10. Heterozygous embryonic lethality induced by targeted inactivation of the VEGF gene / N.Ferrara, K.Carver-Moore, H. Chen [et al.] // Nature. – 1996. – № 380(6573). – P. 439–42.
11. Folkman J. The vascularization of tumors / J. Folkman // Sci Am. – 1976. – № 234(5). – P. 58–64.
12. Folkman J. Fighting cancer by attacking its blood supply. / J. Folkman // Sci Am. – 1996. – № 275. – P. 150–4.
13. Gunther J.B. Bevacizumab (Avastin) for the treatment of ocular disease / J.B. Gunther, M.M. Altaweel // Survey of Ophthalmology. – 2009. – №54(3). – P. 72–400. doi: 10.1016/j.survophthal.2009.02.004
14. Inhibition of vascular endothelial growth factor (VEGF) signaling in cancer causes loss of endot helial fenestrations, regression of tumor vessels, and appearance of basement membrane ghosts. / T. Inai, M. Mancuso, H. Hashizume [et al.] // Am. J. Pathol. – 2004. – №165(1). – P. 35–52.
15. Improving Bioscience Research Reporting: The ARRIVE Guidelines for Reporting Animal Research / C. Kilkenny, William J. Browne [et al.] // PloS Biol. – 2010. – №8 (6). – P. 94–99.
16. Initial stages of tumor cell-induced angiogenesis: evaluation via skin window chambers in rodent models. / C.Y. Li, S. Shan, Q. Huang [et al.] // J. Nat. Cancer Inst. – 2000. – № 92(2). – P. 143–7.
17. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma: 2014 Update. / B. Ljungberg, K. Bensalah, S. Canfield [et al.] // Eur. Urol. – 2015. – №67(5). – P. 913–24. doi: 10.1016/j.eururo.2015.01.005.
18. Mukherji S.K. Bevacizumab (Avastin). / S.K. Mukherji // American journal of neuro-radiology. – 2009. – №31(2). – P. 235–6. doi: 10.3174/ajnr.a1987
19. Rosen L.S. Clinical experience with angiogenesis signaling inhibitors: focus on vascular endothelial growth factor (VEGF) blockers. / L.S. Rosen // Cancer Control. – 2002. – №9. – P. 36–44.

А.В. Рыбочкина, Т.Г. Дмитриева, Т.М. Климова,
Е.А. Фонарева

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

DOI 10.25789/YMJ.2021.73.10

УДК 616-056.52-053.2

Исследованы метаболические изменения у детей с патологией печени с клинических и лабораторно-инструментальных позиций. Целью исследования послужило изучение биохимических и метаболических показателей у детей и подростков с ожирением и патологией печени на территории РС(Я). По этнической принадлежности установлено, что поражение печени преобладало у детей монголоидной расы. Определены маркеры, позволяющие идентифицировать поражение печени у детей на ранней стадии.

Ключевые слова: дети, ожирение, патология печени, метаболические изменения, ROC-анализ.

Metabolic changes in children with liver pathology were studied from clinical and laboratory-instrumental positions. The aim of the study was to investigate biochemical and metabolic parameters in children and adolescents with obesity and liver pathology in the Republic of Sakha (Yakutia). According to ethnicity, it was found that liver damage prevailed in children of the Mongoloid race. Markers have been identified that allow identifying liver damage in children at an early stage.

Keywords: children, obesity, liver pathology, metabolic changes, ROC analysis.

РЫБОЧКИНА Анна Витальевна – врач гастроэнтеролог РБ№1-НЦМ – ПЦ, a.rybochkina@yandex.ru;

ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна – д.м.н., проф. СВФУ им. М.К. Аммосова;

КЛИМОВА Татьяна Михайловна – к.м.н., доцент СВФУ им. М.К. Аммосова, с.н.с. ЯНЦ КМП;

ФОНАРЕВА Евдокия Андреевна – студентка МИ ПО СВФУ им. М.К. Аммосова.

Введение. В настоящее время коморбидное течение заболеваний является актуальной проблемой медицины не только в России, но и во всем мире [2, 3]. Известно, что ожирение сопровождается поражением практически всех органов и систем, в том числе пищеварительной системы [5, 7]. Во всем мире отмечается катастрофически быстрое увеличение числа лиц, страдающих ожирением, не только среди взрослого населения, но и среди детей

[1, 6]. Жировая ткань влияет на органы пищеварения как механически, так и за счет метаболического действия [9]. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) считается наиболее частым заболеванием печени неинфекционной этиологии у взрослых и детей, что обусловлено, в первую очередь, увеличением распространенности ожирения, которое является основным этиологическим фактором данной патологии [10]. У детей и подростков

НАЖБП характеризуется хроническим течением, и ее распространение носит глобальный характер [4, 8].

Цель исследования - изучение биохимических и метаболических показателей у детей и подростков с ожирением и патологией печени на территории РС(Я).

Материалы и методы. Было обследовано 250 детей с ожирением, имеющих патологию органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Исследование проводилось с 2015 по 2018 г. на базе кафедры педиатрии и детской хирургии Медицинского института ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный государственный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки Российской Федерации и Клиники педиатрии ГБУ РС (Я) "Республиканская больница №1-Национальный центр медицины". Критерием отбора в основную группу было наличие патологии печени у детей с ожирением – 98 детей. Контрольная группа была представлена детьми с ожирением, но без поражения печени – 152 ребенка. В группах пациенты были поделены еще на монголоидное и немонголоидное население. К монголоидам были отнесены представители коренных этносов Якутии (якуты, эвены, эвенки) – 69 (70,4%) пациентов из основной группы и 97 (63,8%) из группы контроля, к немонголоидам – представители других этнических групп - 29 (29,6%) и 55 (36,2%) чел. соответственно.

Лабораторные исследования включали: биохимический анализ крови (включая липидограмму), глюкозо-толерантный тест (ГТТ), определение базального уровня инсулина крови и С-пептида. Определены маркеры, позволяющие идентифицировать поражение печени у детей: HOMA - индекс инсулинорезистентности (ИР), индекс FIRI резистентности к инсулину, индекс FABC - функциональная активность β-клеток. В качестве критерия инсулинорезистентности (ИР) приняты значения выше 2,77.

Для сравнения способности биохимических и метаболических показателей идентифицировать наличие поражения печени проведен ROC-анализ (Receiver Operator Characteristic).

Статистический анализ данных был выполнен в пакете IBM SPSS STATISTICS 22. Проверка соответствия распределения количественных переменных нормальному закону проведена с использованием критерия Шапиро-Уилка и визуальной оценки распределения. Распределение количественных переменных было

представлено в виде медианы (Me) и межквартильного (25 % и 75 %) распределения в формате Me (Q1-Q3). При сравнении независимых групп использовали критерии Манна-Уитни, критерий Пирсона χ^2 .

Результаты и обсуждение. В основной группе у 98 детей был установлен диагноз поражения печени (табл.1). Из них у 64 (25,6%) – жировой гепатоз (ЖГ), у 34 (13,6%) - неалкогольный стеатогепатит (НАСГ).

ет, что у детей в группе с поражением печени все биохимические показатели были достоверно выше, чем у детей без поражения печени, за исключением «хорошего» холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), показатель которого был достоверно ниже в основной группе по сравнению с контрольной ($p < 0,001$). В группе детей с поражением печени определялось повышение внутриклеточных ферментов: показатели аланинамино-

Таблица 1

Распределение обследуемых детей по возрастным группам и этнической принадлежности

Возраст, лет	С поражением печени, n=98				Без поражения печени, n=152		p
	монголоиды		немонголоиды		монголоиды	немонголоиды	
	ЖГ	НАСГ	ЖГ	НАСГ	монголоиды	немонголоиды	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
6-10	15 (15,3)	8 (8,2)	6 (6,1)	3 (3,0)	38 (25)	22 (14,5)	0,201
11-14	21 (21,4)	12 (12,2)	10 (10,2)	5 (5,1)	51 (33,5)	19 (12,5)	
15-17	8 (8,2)	5 (5,1)	4 (4,1)	1 (1,0)	8 (5,3)	14 (9,2)	
Всего	44 (44,9)	25 (25)	20 (20)	9 (9)	97 (63,8)	55 (36,2)	

При анализе этнической принадлежности было установлено, что в обеих группах детей с ожирением преобладали представители монголоидного населения, как в основной группе - 69 чел. (69,9%), так и в группе контроля - 97 чел. (63,8), немонголоиды составили соответственно 29 (29,6) и 55 (36,2%) чел. В возрастной структуре в обеих группах преобладали подростки 11-14 лет - 48 (48,9%) и 70 (46%) чел. соответственно (табл.1). Средний возраст в группе с поражением печени составил 11,8 ($\pm 2,9$) года, в группе без данной патологии - 11,2 ($\pm 2,7$) года.

Проведен сравнительный анализ средних биохимических показателей в группах у детей с поражением печени и без, Me (Q1-Q3). Табл. 2 показыва-

трансферазы (АЛТ) колебались от 40 до 136 ед/л и были статистически значимо выше, чем в контрольной группе, показатели аспартатаминотрансферазы (АСТ) колебались от 40 до 69,3 ед/л по сравнению с контрольной группой, что при отсутствии в крови маркеров вирусного гепатита было расценено как проявление НАЖБП (табл. 2). У детей основной группы отмечен атерогенный тип дислипидемии, за счет повышения липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) по сравнению с группой контроля и снижения ЛПВП ($p < 0,001$).

Все показатели углеводного обмена также были статистически значимо выше в группе детей с поражением печени (табл.3). Показатели уровня глюкозы в крови натощак у детей с

Таблица 2

Биохимический анализ крови в группах обследуемых детей

Показатель	С поражением печени, n=98			Без поражения печени, n=152			N
	Q25	Q 50	Q 75	Q 25	Q 50	Q 75	
АЛТ, ед/л	30,3	48,3	88,6	25,3	31,6	40,7	≥ 40
АСТ, ед/л	31,7	38,7	47,3	28,7	34,7	39,7	≥ 40
Холестерин общий, ммоль/л	5,7	6,2	6,8	3,9	4,4	5,7	$\geq 5,2$
ХС ЛПВП, ммоль/л	0,8	0,9	1,0	1,0	1,2	1,4	$\geq 1,3$
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,0	3,3	3,6	2,1	2,6	3,1	≥ 3

Примечание. В табл. 2-3 p - достигнутый уровень статистической значимости различий при сравнении групп по критерию Манна-Уитни, для всех показателей $p < 0,001$.

Таблица 3

Углеводный обмен в группах обследуемых детей, Ме (Q_1 - Q_3)

Показатель	С поражением печени, n=98			Без поражения печени, n=152			N
	Q 25	Q 50	Q 75	Q 25	Q 50	Q 75	
Глюкоза натощак, ммоль/л	5,0	5,3	5,6	4,3	4,8	5,3	$\geq 5,5$
Глюкоза через 2 ч после ОГТТ	5,9	7,9	10,9	5,1	6,0	6,9	$\geq 7,8$
Инсулин, ед/мл	29,1	32	34,8	8,2	13,3	18,3	0-29
С-пептид, нг/мл	3,4	5,6	7,4	1,2	1,4	2,4	0,9-4
Индекс HOMA	4,8	7,5	8,5	1,5	1,7	4,4	$\geq 2,77$
Индекс FIRI	4,3	6,7	7,7	1,4	1,6	3,9	$\geq 2,7$
Индекс FABC	79,0	110,0	129,9	38,6	43,3	71,0	$\geq 3,5$

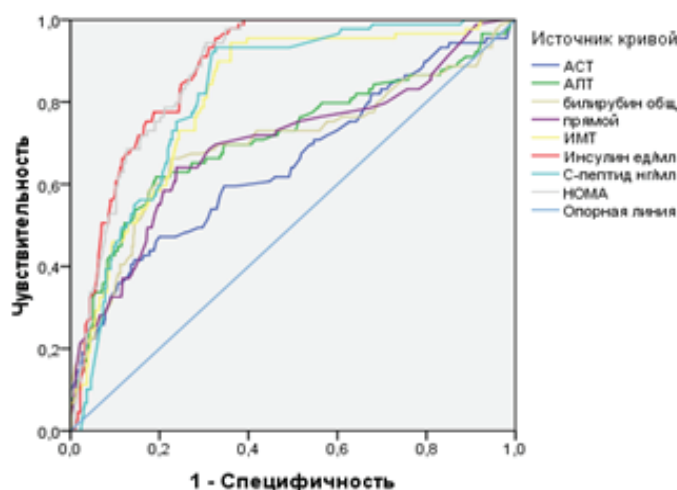
НАЖБП имели незначительное повышение - от 5,0 до 5,6 ммоль/л, по сравнению с контрольной группой, тогда как нарушение толерантности к глюкозе, по данным перорального глюкозотолерантного теста (ГТТ), у этих детей отмечено статистически значимо чаще (с повышением уровня глюкозы от 7,8 ммоль/л до 11 ммоль/л выставлен диагноз: нарушение толерантности к глюкозе). У детей с поражением печени по сравнению с контрольной группой отмечено повышение инсулина натощак, в колебании от 29 до 35,2 ед/мл, а также уровня С-пептида - от 4,1 до 7,5 нг/мл. Индексы инсулинорезистентности HOMA, FIRI, FABC у детей с НАЖБП также были достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$) (табл. 3).

Среди пациентов из группы без поражения печени с ожидаемыми нормальными биохимическими показателями было 20 чел. (13,1%), у которых отмечены изменения показателей углеводного и липидного обмена. Все монголоидной расы (якуты), у всех, по данным анамнеза, раннее начало развития ожирения, в возрасте от года до трех лет. У всех также отмечено нарушение толерантности к глюкозе, по данным ГТТ повышение уровня глюкозы от 7,8 ммоль/л до 10,7 ($N \geq 7,8$ ммоль/л), среднее значение через 2 ч после нагрузки $7,8 \pm 3,0$ ммоль/л, а также снижение ЛПВП до 0,9 ммоль/л (N ЛПВП $\geq 1,3$ ммоль/л). По данным ультразвукового исследования (УЗИ) печени у 14 (70%) детей данной подгруппы диагностирована гепатомегалия без повышения эхогенности и изменения структуры паренхимы печени.

Для сравнения способности биохимических и метаболических показателей идентифицировать наличие поражения печени был проведен ROC-анализ. В качестве классифицируемой переменной принята бинарная переменная – наличие или отсутствие поражения печени. Построены ROC-кривые для индекса массы тела (ИМТ), значений АЛТ, АСТ, общего билирубина, прямого билирубина, инсулина, С-пептида, индекса HOMA (рисунок). Качество классификации соответствует средней и хорошей. Наибольшая площадь под кривой отмечалась у инсулина, С-пептида, индекса HOMA, ИМТ ($p < 0,001$) (табл.4).

Выводы. В Республике Саха (Якутия) у детей с ожирением отмечены особенности метаболического обмена. В обеих группах детей с ожирением преобладают подростки монголоидной расы. У детей с НАЖБП отмечены бо-

ROC Кривая



ROC-кривые при идентификации поражений печени

Таблица 4

Площадь под ROC-кривой (с 95% ДИ) при идентификации поражений печени

Тестовая переменная	Площадь	Стд. ошибка ^a	p	95% доверительный интервал	
				нижняя граница	верхняя граница
АЛТ, ед/л	0,65	0,04	<0,001	0,58	0,72
АСТ, ед/л	0,71	0,04	<0,001	0,64	0,78
Билирубин общий	0,70	0,04	<0,001	0,63	0,77
Билирубин прямой	0,70	0,03	<0,001	0,63	0,77
Индекс массы тела, кг/м ²	0,82	0,02	<0,001	0,77	0,86
Инсулин, ед/мл	0,88	0,02	<0,001	0,85	0,91
С-пептид, нг/мл	0,82	0,02	<0,001	0,78	0,86
HOMA	0,88	0,02	<0,001	0,85	0,91

лее выраженные изменения средних биохимических показателей, в виде повышения уровня АЛТ, АСТ, ЛПНП, снижения ЛПВП, повышения уровня инсулина, С-пептида, индексов инсулинорезистентности HOMA, FIRI и FABC, снижения толерантности к глюкозе, по сравнению с группой детей без патологии печени, что указывает на более выраженные нарушения углеводного и липидного обмена у этих больных.

По данным ROC-анализа определены важные высокочувствительные и высокоспецифичные показатели, позволяющие идентифицировать патологию печени (НАЖБП): инсулин, С-пептид, индекс HOMA у детей с ожирением.

Нами были выявлены неблагоприятные прогностические маркеры (национальность, раннее начало ожирения в анамнезе, нарушение толерантности к глюкозе, снижение ЛПВП, гепатомега-

лия), которые будут служить ранними диагностическими признаками начальной стадии поражения печени у детей с ожирением.

Литература

1. Алешина Е.И. Стеатоз печени и стеатоз поджелудочной железы как две мишени метаболического синдрома у детей / Е.И. Алешина, В.П. Новикова, В.А. Гурьева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2014. -№108 (8). -С.16-20.
2. Aleshina E.I. Hepatic steatosis and steatosis of the pancreas as two targets of the metabolic syndrome in children / E.I. Aleshina, V.P. Novikova, V.A. Gur'eva // Experimental and clinical gastroenterology. -2014. -№108 (8). -P. 16-20.
3. Асекритова А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и метаболический синдром у якутов: дис. канд. мед. наук: 14.01.04 / Асекритова Александра Степановна.-М., 2015.-144с. -005565762. ???
4. Asekritova A.S. Gastroesophageal reflux disease and metabolic syndrome of Yakuts: Dis. cand. med. science: 14.01.04 / Asekritova Alexandra Stepanovna; Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education "North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov". Yakutsk, 2015.
5. Баттакова Ж.Е. Современные подходы к решению проблем детского ожирения / Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Ш.З. Абдрахманова // Организация здравоохранения. Медицина.- 2016. - №9. - С. 2-7.
6. Battakova J.E. Modern approaches to solving the problems of childhood obesity / J.E. Battakova, S.B. Mukasheva, S.Z. Abdrakhmanova // Health Organization. Medicine.- 2016. №9. - P. 2-7.
7. Бокова Т.А. Метаболический синдром как педиатрическая проблема / Т.А. Бокова // Consilium Medicum. Педиатрия. - 2015.-№ 2. С. 13-16.
8. Bokova T.A. Metabolic syndrome as a pediatric problem/ T.A. Bokova // Consilium Medicum. Pediatrics. - 2015. - N. 2. P. 13-16. (In Russ.).]
9. Бокова Т.А. Морфофункциональное состояние верхних отделов пищеварительного тракта у детей с ожирением / Т.А. Бокова, А.С. Кошурникова, Н.А. Корсакова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2015. - № 113(1). - С. 13-16.
10. Bokova T.A. Morphofunctional state of the upper digestive tract in children with obesity / T.A. Bokova, A.S. Koshurnikova, N.A. Korsakova // Experimental and clinical gastroenterology. - 2015.-№. 113 (1). - P. 13-16.
11. ВОЗ. Ожирение и избыточный вес // Информационный бюллетень. 2018.
12. WHO, Obesity and overweight // Informational Bulletin.-2018.
13. Голованова Е.В. Обзор международных и отечественных клинических рекомендаций по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени / Е.В. Голованова, Л.Б. Лазебник // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - № 135(11). - С.76.
14. Golovanova E.V. Review of international and national clinical guidelines for the diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease / E.V. Golovanova, L.B. Lazebnik // Experimental and clinical gastroenterology. -2016.- №135 (11). - P. 76.
15. Корниенко Е.А. Неалкогольная жировая болезнь печени в детском возрасте / Е.А. Корниенко, Н.Н. Власов, А.В. Чистякова // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2013 - № 4 (4). - С. 33-43.
16. Kornienko E. A. Nonalcoholic fatty liver disease in childhood / E.A. Kornienko, N.N. Vlasov, A.V. Chistyakova // Orthopedics, traumatology and reconstructive surgery of childhood. - 2013- N. 4 (4). P. 33-43.
17. Новикова В.П. Отчет об исследовании клинической эффективности биологической активной добавки «Пробаланс детский» в оздоровлении детей и подростков с ожирением / Новикова В.П. - 2014. -20с.
18. Novikova V.P. Report on the study of the clinical efficacy of biologically active additive "Probalans children" in the health of children and adolescents with obesity / V. P. Novikova - 2014. -20p.
19. Строкова Т.В. Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени и неалкогольного стеатогепатита у детей / Т.В. Строкова, А.Г. Сурков, Е.В. Павловская // Вопросы детской диетологии. - 2016.- №14(4). С. 23-30.
20. Strokova T.V. Diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in children. / T.V. Strokova, A.G. Surkov, E.V. Pavlovskaya // Questions of children's dietetics. - 2016.- N. 14 (4). P. 23-30.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, В.В. Французская

ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ «ИНДЕКС БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ» ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ЭТАПНОМУ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

DOI 10.25789/YMJ.2021.73.11

УДК 616.381-002-089

Проведен анализ результатов пятнадцатилетнего опыта применения в рутинной хирургической практике многопрофильного хирургического стационара интегральной шкалы оценки степени и характера поражения органов брюшной полости при перитоните – «Индекс брюшной полости». Широкое применение в клинической практике стационара критериев шкалы позволило в значительной степени улучшить результаты лечения больных перитонитом. Отмечено снижение количества послеоперационных осложнений и летальности.

Результаты представленного нами клинического опыта применения интегральной шкалы оценки степени и характера поражения органов брюшной полости при перитоните позволяют рекомендовать ее широкое использование в практике urgentных клиник.

Ключевые слова: распространенный перитонит, индекс брюшной полости, хирургическая лечебная тактика.

The analysis of fifteen years of experience in the use of an integral scale for assessing the degree and nature of damage to the abdominal organs in peritonitis 'Abdominal index' in routine surgical practice of the multidisciplinary surgical hospital was conducted. The extensive use of these scale criteria in clinical practice in the hospitals has led to significant improvements in the results of treatment of patients with peritonitis. There has been a decrease in the number of post-operative complications and fatalities.

The results of our clinical experience of using the integral scale for assessing the degree and nature of damage to the abdominal organs in peritonitis allow us to recommend its widespread use in the practice of urgent clinics.

Keywords: common peritonitis, abdominal index, surgical treatment tactics.

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, г. Якутск: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – д.м.н., доцент, проф., vvsaveliev@mail.ru; **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, mmv_mi@rambler.ru; **ФРАНЦУЗСКАЯ Вероника Васильевна** – студентка 4 курса, nika99franch@mail.ru.