

тролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием кистозного содержимого, так как данное исследование позволяет определить не только происхождение кисты, но и наличие или отсутствие атипичных клеток.

ЭУ, хотя и не повлияла на определение основного диагноза, значительно дополнила информационную картину функционального состояния почек.

Изложенные выше диагностические мероприятия могут стать основой современного диагностического алгоритма для выявления кист забрюшинного пространства.

Литература

1. Антонов А.В. Жидкостные образования забрюшинного пространства: диагностика и лечение // Урологические ведомости. - 2012;2(4): 32-41.
2. Антонов А.В. Retroperitoneal fluid formations: diagnosis and treatment // Urological statements. 2012; 2 (4): 32-41
3. Инвазивная сонография в диагностике и лечении лимфоцеле у пациентов после тазовой лимфаденэктомии / Н.С. Скрепцова, С.О. Степанов, О.В. Гуц [и др.] // Лучевая

диагностика и терапия. - 2013;3(4):102-107.

Invasive sonography in the diagnosis and treatment of lymphocele in patients after pelvic lymphadenectomy / Skreptsova N.S., Stepanov S.O., Guts O.V. [et al.] // Radiation diagnostics and therapy. 2013; 3 (4): 102-107

3. Хирургическая тактика у пациентов с многокамерной посттравматической кистой забрюшинного пространства / Б.В. Сигуа, В.П. Земляной, А.А. Козобин [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского. Неотложная медицинская помощь. - 2017;6(2):162-165. DOI: 10.23934/2223-9022-2017-6-2-162-165

Surgical tactics in patients with multichamber post-traumatic cyst of the retroperitoneal space. Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo. / Sigua B.V., Zemlyanoy V.P., Kozobin A.A. [et al.]// N.V. Sklifosovsky Journal. Emergency medical care. 2017; 6 (2): 162-165. DOI: 10.23934 / 2223-9022-2017-6-2-162-165

4. Черкес В.Л. Внеорганные забрюшинные опухоли / В.Л. Черкес, Е.О. Ковалевский, Ю.Н. Соловьев. - М., «Медицина», 1975. - 168 с.

Cherkes V.L., Kovalevsky E.O., Soloviev Yu.N. Extraorgan retroperitoneal tumors // M., "Medicine", 1975. - 168 p.

5. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: a case report. / Alzaraa A, Mousa H, Dickens P et al. // J Med Case Reports. 2008; 2:43. doi: 10.1186/1752-1947-2-43

6. A retroperitoneal cyst with unusual urinary histogenesis: clinical and immunomorphological characteristics / Branca G, Ieni A, Barresi V [et al.] // International Medical Case Reports Jour-

nal. 2010;3:81-85. doi: 10.2147/IMCRJ.S13938

7. Large retroperitoneal isolated fibrous cyst in absence of preceding trauma or acute pancreatitis. / Ahn J, Chandrasegaram MD, Alsaleh K [et al.] // BMC Surgery, 2015;16. DOI 10.1186/s12893-015-0016-2.

8. Handfield-Jones RM. Retroperitoneal cysts: their pathology, diagnosis, and treatment // British Journal of Surgery. 1924;12(45):119-134. doi: 10.1002/bjs.1800124515

9. Karim L, Larkin D, Sadat M. Examine the patient not the hernia: identification of an asymptomatic giant primary retroperitoneal pseudocyst. A case report and literature review. // Journal of Surgical Case Reports.2016;5:1-3.doi: 10.1093/jscr/rjw092

10. Primary Mature Cystic Teratoma Mimicking an Adrenal Mass in an Adult Male Patient. / Okulu E, Ener K, Aldemir M [et al.] // Korean Journal of Urology 2014; 55(2): pp. 148-151. doi: 10.4111/kju.2014.55.2.148

11. Imaging of uncommon retroperitoneal masses. / Rajiah P, Sinha R, Cuevas C [et al.] // Radiographics. 2011; 31: 949-76. doi: 10.1148/rj.314095132

12. Renzulli P, Candinas D. Symptomatic retroperitoneal cyst: a diagnostic challenge. // Annals of the Royal College of Surgeons of England 2009; 91:9-11. doi: 10.1308/147870809x400877

13. Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review. / Yang DM, Jung DH, Kim H [et al.] // Radiographics, 2004; 24 (5):1353-1365. doi: 10.1148/rj.245045017

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, В.В. Попов, В.В. Бадагуева ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

DOI 10.25789/YMJ.2022.77.14

УДК 616.381-002-089

С целью выбора хирургической тактики лечения РГП в многопрофильном urgent surgical hospital, проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с РГП, находившихся на лечении в экстренных хирургических отделениях Республиканской больницы №2 – Центр экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2022 г.

Широкое внедрение в хирургическую лечебную практику интегральных шкал оценки тяжести состояния и характера поражения органов брюшной полости – APACHE II, SOFA, MIP и ИБП и применение их на постоянной основе наряду с интенсивной терапией позволяют более объективно оценивать клиническую ситуацию, выбирать хирургическую лечебную тактику, снижать уровень послеоперационной летальности до 20-30%, даже при развитии стадии тяжелого сепсиса.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, релапаротомия, хирургическая лечебная тактика.

In order to choose surgical tactics for the treatment of CPP in a multidisciplinary urgent surgical hospital, a retrospective analysis of the complex treatment of patients with CPP treated in the emergency surgical departments of the Republican Hospital 2 - Emergency Medical Aid Center (RH№ 2-CEMA) of the Republic of Sakha (Yakutia) in the period from 2015 to 2022 was carried.

The widespread introduction of integral scales into surgical treatment for assessing the severity of the general condition and the nature of damage to the abdominal organs – APACHE II, SOFA, MIP and ACI made it possible to more objectively assess the clinical situation and choose surgical treatment tactics and reduce the level of postoperative mortality to 20-30% even with the development of HS.

Keywords: common purulent peritonitis, relaparotomy, surgical treatment tactics.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – д.м.н., доцент, проф., vvsaveliev@mail.ru, **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, **БАДАГУЕВА Вероника Васильевна** – студентка 5 курса; **ПОПОВ Владимир Владимирович** – врач хирург, Республиканская больница №2-Центр экстренной медицинской помощи.

Введение. Несмотря на достижения современной медицины, распространенный гнойный перитонит (РГП) и по настоящее время остается одной из актуальных проблем современной неотложной хирургии органов брюшной полости [9, 12, 14]. По обобщенным данным ведущих специалистов отечественных и

зарубежных клиник, уровень летальности при РГП за последнее десятилетие не имеет значительной тенденции к снижению и колеблется в пределах 10-60%, а при развитии тяжелого абдоминального сепсиса, септического шока и полиорганной недостаточности может достигать уровня 70-80% и более [2, 5, 15]. Не менее важным обстоятельством в списке проблем лечения РГП остается высокая частота послеоперационных осложнений, уровень которой достигает 10-30% и существенно не изменился за последние годы [3]. Основную роль в развитии осложнений, по мнению ряда исследователей [13, 17], играют неэффективная хирургическая санация очага инфекции, продолжающийся перитонит, несвоевременное повторное вмешательство, недооценка тяжести состояния и неадекватность интенсивной терапии.

В настоящее время для лечения РГП наибольшее распространение получили четыре основных стратегии хирургического вмешательства при завершении первичной лапаротомии: традиционный (закрытый) метод, когда по завершению всех этапов операции брюшная полость ушивается наглухо; этапные операции с использованием полуоткрытых и полужакрытых технологий (релапаротомия «по плану» или по программе (РЛП), релапаротомия «по требованию» (РЛТ)); комбинированный (сочетание традиционного способа с программными эндоскопическими санациями брюшной полости); метод открытого живота (лапаростомия) [8, 9, 18].

В настоящий момент, хирургические лечебные тактики санационных релапаротомий, по заключению ряда исследователей, обладают известными преимуществами, а также недостатками [8, 11, 16], ввиду чего сроки, объемы и порядок проведения данных вмешательств на настоящий момент не стандартизированы и варьируют в широких пределах. Недостатками традиционных методов хирургического лечения, прежде всего, являются: опасность неполной эрадикации источника перитонита в ходе одной операции, поздняя диагностика развивающихся местных и системных осложнений и, как следствие, несвоевременное принятие решения о необходимости повторного вмешательства с последующим выполнением РЛТ [1]. Оценка эффективности различных хирургических методик также затруднена по причине гетерогенности сравниваемых групп исследуемых больных и оснащенности конкретных лечебных учреждений

[12, 19]. В некоторой степени избежать этих проблем можно при применении метода повторных (программных) вмешательств, который является одним из наиболее востребованных среди других в современной хирургии при РГП [4]. Как указывается в работах [1, 6], РЛП дают хирургу возможность установить полный контроль над течением воспалительного процесса в очаге инфекции и брюшной полости в целом, осуществить полноценную и своевременную ликвидацию возникающих осложнений. Однако следует отметить, что и в данном случае недостаточно проработан вопрос о показаниях к программным вмешательствам, сроках их выполнения и объективной оценке степени и характера поражения брюшной полости [10, 7].

Цель исследования – ретроспективный анализ выбора хирургической лечебной тактики и результатов лечения распространенного гнойного перитонита в конкретном многопрофильном urgentном хирургическом стационаре третьего уровня.

Материал и методы исследования. Представленная работа основана на ретроспективном анализе результатов комплексного лечения 253 больных с РГП, находившихся на лечении в экстренных хирургических отделениях Республиканской больницы №2 – Центр экстренной медицинской помощи (РБ№2-ЦЭМП) Республики Саха (Якутия) в период с 2015 по 2022 г. Диагноз РГП верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего клинко-лабораторные, инструментальные и аппаратные методы исследований. Средний возраст пациентов составил 33,2±6,5 года, мужчин было 156 (61,7%), женщин – 97 (38,3%). Из 253 больных с РГП только первичная лапаротомия выполнена 63 (24,9%) больным, 70 (27,7%) – оперированы в режиме РЛТ и 120 (47,4%) больных с РГП подверглись этапному хирургическому лечению в режиме РЛП.

При поступлении и в динамике оценивались следующие показатели: степень тяжести общего состояния, по диагностической шкале APACHE II; степень и характер поражения органов брюшной полости, по шкалам – Мангеймский перитонеальный индекс (МИП) и индекс брюшной полости (ИБП); наличие и степень выраженности полиорганной недостаточности, по шкале SOFA; тяжесть синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), по определениям, предложенным согласительной конференцией

Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины.

Статистическая обработка материала проведена с использованием программного пакета MS EXCEL для операционной системы Microsoft Office 2020. Расчет показателей вариационного ряда с вычислением средней арифметической и среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$) осуществлялся с использованием мастера функций (fx). Достоверность различий (p) определялась по t -критерию Стьюдента. Достоверными считали различия не менее $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При статистической обработке полученных клинических данных, направленных на выявление причин развития РГП, преобладающей причиной стал послеоперационный перитонит – 87 (34,4%) пролеченных больных, на втором месте деструктивный аппендицит – 58 (22,9), на третьем месте деструктивный панкреатит – 34 (13,5%) больных. Несколько реже причинами развития РГП становились: острая кишечная непроходимость – 26 (10,3%) больных, перфорация тонкой кишки, причиненная обычно инородными телами в виде металлической проволоки или гвоздями, а также рыбной костью – 16 (6,3), травма органов брюшной полости (повреждение паренхиматозных органов с образованием гематом, нагноением и последующим прорывом в брюшную полость) – 14 (5,5) пролеченных больных, деструктивный холецистит – 10 (3,9) больных, перфоративная гастродуоденальная язва – 5 (2,0), перфорация толстой кишки (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит (НЯК)) – 3 (1,2%) больных.

Результаты проведенного анализа данных показывают, что основными нозологиями, при которых потребовались реоперации в режимах РЛТ и РЛП были: послеоперационный перитонит – 87 (100%) больных, перфорация толстой кишки (болезнь Крона и НЯК) – 3 (100%), перфоративная гастродуоденальная язва – 4 (80,0), деструктивный холецистит – 7 (70,0), деструктивный панкреатит – 23 (67,6), деструктивный аппендицит – 37 (63,8), острая кишечная непроходимость – 16 (61,5%) больных. Менее часто причиной служили: перфорация тонкой кишки – 8 (50,0%) больных, травма органов брюшной полости – 5 (35,7%) больных. Всего необходимость выполнения РЛТ и РЛП возникла у 190 (75,1%) больных (табл. 1). Показаниями для РЛТ и РЛП были: прогрессирующий перитонит – 109

Таблица 1

Характеристика больных по причине развития РГП и выбранной хирургической лечебной тактике

Причина РГП и количество больных (n)	Метод ведения брюшной полости			
	РЛТ		РЛП	
	абс.	М±σ	абс.	М±σ
Послеоперационный перитонит (n=87)	19	21,8±8,8	68	78,2±4,7
Деструктивный аппендицит (n=58)	16	27,6±8,5	21	36,2±8,0
Деструктивный холецистит (n=10)	2	20,0±8,9	5	50,0±7,1
Деструктивные формы панкреатита (n=34)	16	47,1±7,3	7	20,6±8,9
Перфоративная гастродуоденальная язва (n=5)	3	60,0±6,3	1	20,0±8,9
Острая кишечная непроходимость (n=26)	6	23,1±8,8	10	38,5±7,8
Перфорация тонкой кишки (n=16)	3	18,8±9,0	5	31,3±8,3
Перфорация толстой кишки (n=3)	1	33,3±8,2	2	66,7±5,8
Травма органов брюшной полости (n=14)	4	28,6±8,4	1	7,1±9,7
Итого по группам режимов РЛТ и РЛП	70	100%	120	100%

Примечание. В табл. 1-4 достоверность различий группы РЛТ по отношению к группе РЛП не менее $p < 0,05$.

(57,4%) больных, обнаружение новых источников перитонита – 24 (12,6), в том числе несостоятельность швов полых органов – 19 (10,0%) больных, формирующиеся межпетельные или абсцессы другой локализации – 15 (7,9), полная или частичная эвентрация органов – 7 (3,7), динамическая кишечная непроходимость – 2 (1,0), ранняя спаечная кишечная непроходимость – 11 (5,8), внутрибрюшное аррозивное кровотечение – 3 (1,6%) больных.

Необходимо отметить, что использование режима РЛТ при РГП требовало применения чаще в тех случаях, когда при проведении первичной операции не ожидалось дальнейшего прогрессирования инфекционно-воспалительного процесса и/или когда оно было обусловлено профилем клиники (региональный уровень, РБ №2-ЦЭМП), больные были эвакуированы из других хирургических стационаров г. Якутска и районных центров Республики Саха. При этом для купирования РГП у 63 (24,9%) пролеченных больных было достаточно только одного оперативного вмешательства, 70 (27,7%) больных для ликвидации проявлений РГП и возникших интраабдоминальных осложнений потребовалось выполнение РЛП. Из этой группы 22 (31,4%) больным в итоге потребовалось осуществить переход на программируемый режим ведения брюшной полости. Как утверждают некоторые авторы [1, 5, 11], а также подтверждают проведенные нами исследова-

ния, не всегда результатом первичной квалифицированной операции становится полноценная и окончательная деконтаминация брюшной полости и ликвидация предикторов воспалительного процесса. В подобной клинической ситуации для активного воздействия на инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости при РГП должны осуществляться РЛП. Как правило, для выбора режима РЛП используют как традиционные, так и нетрадиционные показатели, в том числе апробированные на практике интегральные шкалы оценки степени и характера поражения брюшной полости. Хирургическая лечебная тактика, основанная на широком примене-

нии РЛП, использована у 120 (47,4%) пациентов. При этом 71 больному из этой группы (а это не менее 59,2%) для ликвидации основных проявлений РГП потребовалось осуществить одну санационную релапаротомию и только 21 (17,5%) больному потребовалось три и более релапаротомии (табл. 2).

В тех случаях, когда оперативные вмешательства осуществлялись полуклассическим методом, наименьшая летальность наблюдалась при выполнении одной РЛП – у 2,8% больных. Как правило, с увеличением количества РЛП уровень летальности значительно возрастал (табл. 2).

В ходе анализа материала обнаружены и некоторые отличия в выраженности проявлений ССВР у больных РГП при поступлении и в динамике лечебного процесса в зависимости от применяемой хирургической лечебной тактики. Так, тяжелые проявления абдоминального сепсиса (стадия тяжелого сепсиса (ТС)) чаще диагностировались у больных, которым проводились РЛП – 84 (70,0%) больных. В то же время РЛТ чаще выполнялась в стадии септического шока (СШ) – 10 (14,3%) больных. При менее тяжелых проявлениях ССВР (ССВР-3 и ССВР-4) практически одинаково часто применялись как РЛТ, так и РЛП – 20 (28,6%) и 25 (20,8%) больных соответственно.

Как показывают полученные данные, абдоминальный сепсис различной степени тяжести (ССВР 3-4, ТС, СШ) изначально был диагностирован у 190 (75,1%) пролеченных больных. Наряду с этим важным обстоятельством наблюдалась установленная зависимость между выраженностью системного воспаления и летальностью. При отсутствии явлений тяжелого

Таблица 2

Характеристика выбранной хирургической лечебной тактики у больных РГП

Метод ведения брюшной полости	Количество больных		Летальность	
	абс.	М±σ	абс.	М±σ
Полузакрываемый (РЛТ)				
Реоперация РЛТ	48	68,6±5,6	18	37,5±7,9
Реоперация РЛТ с переходом на РЛП	22	31,4±8,3	6	27,3±8,5
Итого по группе режима РЛТ	70	100%	24	34,3%
Полуклассический (РЛП)				
1 программная релапаротомия	71	59,2±6,4	2	2,8±9,9
2 программных релапаротомии	28	23,3±8,8	5	17,9±9,1
3 программных релапаротомии	11	9,2±9,5	6	54,5±6,7
Более 3 РЛП	10	8,3±9,6	8	80,0±4,5
Итого по группе режима РЛП	120	100%	21	17,5%

Таблица 3

**Характеристика абдоминального сепсиса в зависимости от тяжести ССВР
и метода ведения брюшной полости**

Клинический синдром	Метод ведения брюшной полости				Летальность Σ (РЛТ и РЛП) n (M±σ)
	РЛТ n (M±σ)	летальность n (M±σ)	РЛП n (M±σ)	летальность n (M±σ)	
ССВР-3	13 (18,6±9,0)	1 (1,4±1,4)	5 (4,1±9,7)	–	1 (5,6±5,4)
ССВР-4	7 (10,0±9,5)	2 (2,9±2,0)	20 (16,7±8,4)	1 (0,8±0,8)	3 (11,1±6,0)
ТС	40 (57,1±6,5)	15 (21,4±4,9)	84 (70,0±5,5)	9 (7,5±2,4)	24 (19,4±3,5)
СШ	10 (14,3±9,3)	6 (8,6±3,3)	11 (9,2±9,5)	11 (9,2±2,6)	17 (80,9±8,6)
Итого по группам РЛТ и РЛП	70 (100%)	24 (34,3%)	120 (100%)	21 (17,5%)	45 (23,6%)

системного воспаления летальность была 8,9%, при наличии признаков ТС и СШ летальность значительно возрастала и составляла уже 19,4 и 80,9% соответственно. В случаях отсутствия или невыраженных проявлениях системного воспаления у больных РГП различий в уровнях летальности при применении различных видов хирургической лечебной тактики нами не отмечено. Кроме того, у пациентов с исходным ТС при проведении РЛП летальность была значимо ниже, чем при применении РЛТ – 9 (7,5%) больных. В то же время при явлениях СШ летальность не зависела от выбранной хирургической лечебной тактики, и показатели были на уровне – 8,6 и 9,2% соответственно. При этом общая летальность составила 45 случаев (23,6%) (табл. 3).

В ходе наблюдений установлено, что у больных с применением методов РЛТ и РЛП наблюдались отчетливые различия по показателям тяжести общего состояния, выраженности органной недостаточности, тяжести и характеру поражения брюшной полости (табл. 4). При этом достоверно установлено, что начальная тяжесть состояния больных с РЛП на первых этапах лечения была в среднем выше, чем у больных с РЛП. Так, доля больных со значениями АРАСНЕ II более 30 баллов в группе с РЛП составляла 38,5%, тогда как в группе с РЛП не более 20,2%. Похожие результаты можно наблюдать и при оценке органной недостаточности по шкале SOFA. В группе больных с РЛТ со значениями SOFA более 3 баллов было 34,6% пациентов, а в группе больных с РЛП – 19,4%. Более ровные показатели тяжести состояния и органной недостаточности наблюдались у больных с показателями АРАСНЕ II менее 19 баллов в группах с РЛТ и РЛП – 10,0 и 9,1% соответственно.

Уровень летальности у больных РГП находился в прямой зависимости от тяжести течения перитонита. Так, при значении МИП менее 21 балла летальность составляла 11,1%, при МИП до 29 баллов – 21,1 и при МИП более 29 баллов – 28,1%. Похожая динамика показателей наблюдалась и в случае применения шкалы ИБП. Так, при значении ИБП менее 14 баллов уровень летальности достигал 11,1%, при более 14 баллов – 27,6%. Из некоторых обнаруженных особенностей можно отметить, что в группе больных с РЛТ уровень летальности при значениях ИБП менее 14 баллов был значительно выше, чем у больных с РЛП. В данном случае эти значения составляли 20,0 и 4,0% соответственно. В то же время при значениях ИБП 14 и более баллов у больных с РЛП уровень летальности был не более 21,1%, тогда как у больных с РЛТ этот показатель достигал 40,0%. При анализе летальности по интегральным шкалам АРАСНЕ II и SOFA прослеживалась довольно четкая взаимосвязь – чем

выше баллы, тем больший процент летальности наблюдался. Однако при сравнении показателей прогнозируемой летальности по вышеописанным шкалам [8], можно отметить более высокий процент летальности в группе больных с РЛТ по сравнению с РЛП (табл. 4).

Таким образом, на основании анализа материала, можно сделать следующие **выводы**:

1. Основными вариантами хирургической лечебной тактики при РГП в современное время остаются операции с использованием полужакрытых и полужакрытых технологий – РЛТ и РЛП.

2. Использование методики РЛП у пациентов с РГП наиболее обосновано в стадиях течения воспалительного процесса, соответствующего ТС и СШ, и при степени тяжести и характере поражения брюшной полости – МИП более 20 баллов, ИБП 14 и более баллов, когда данная тактика объективно значительно эффективней, чем тактика РЛТ.

3. Метод РЛП остается предпочти-

Таблица 4

Исходная тяжесть состояния и методы ведения брюшной полости у больных РГП

Диагностическая шкала	Метод. ведения брюшной полости				Летальность Σ (РЛТ и РЛП) n, %
	РЛТ, n	летальность n, %	РЛП, n	летальность n, %	
АРАСНЕ II < 19 баллов	10	1 (10,0%)	11	1 (9,1%)	2 (9,5%)
АРАСНЕ II от 20 до 29 баллов	21	8 (38,1%)	25	3 (12,0%)	11 (23,9%)
АРАСНЕ II > 30 баллов	39	15 (38,5)	84	17 (20,2%)	32 (26,0%)
SOFA < 3 баллов	18	6 (33,3%)	22	2 (9,1%)	8 (20,0%)
SOFA > 3 баллов	52	18 (34,6%)	98	19 (19,4%)	37 (24,7%)
ИБП < 14 баллов	20	4 (20,0%)	25	1 (4,0%)	5 (11,1%)
ИБП > 14 баллов	50	20 (40,0%)	95	20 (21,1%)	40 (27,6%)
МИП < 21 балла	13	1 (7,7%)	5	1 (20,0%)	2 (11,1%)
МИП от 21 до 29 баллов	10	2 (20,0%)	23	2 (8,7%)	4 (12,1%)
МИП > 29 баллов	47	21 (44,6%)	92	18 (19,5%)	39 (28,1%)
Итого по группам РЛТ и РЛП	70	24 (34,3%)	120	21 (17,5%)	45 (23,6%)

тельным для своевременного обнаружения сохраняющихся очагов инфекционного процесса в брюшной полости и профилактики возникающих интраабдоминальных осложнений.

4. При лечении больных с использованием метода РЛП приемлемым результатом является осуществление не более двух-трех релапаротомий, так как при увеличении их количества наблюдается резкое увеличение уровня послеоперационной летальности.

5. В настоящее время ключевыми моментами в совершенствовании хирургической лечебной тактики при РГП остаются мероприятия, направленные как на возможное сокращение оперативных вмешательств, за счет установления строгих показаний к их осуществлению и отработке техники самого вмешательства, так и на снижение уровня системного воспалительного ответа.

Литература

1. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2013. – №2. – С. 48-54.
2. Маскин С.С. Программные и экстренные релапаротомии в лечении распространенного перитонита / С.С. Маскин, В.А. Гольбрайх, Т.В. Дербенцева // *Вестник ВолгГМУ*. – 2012. – №4 (44). – С. 105-107.
3. Острые перфоративные язвы тонкой кишки у больных с распространенным гнойным перитонитом / В.А. Гольбрайх, С.С. Маскин, А.В. Бобырин [и др.] // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. – 2012. – №1. – С. 51-53.
4. Поленок П.В. Тактика этапного хирургического лечения пациентов с экстренным абдоминальным заболеванием / П.В. Поленок // *Казанский медицинский журнал*. – 2015. – №1. – С. 22-27.
5. Polenok P.V. Tactics of staged surgical treatment of patients with emergency abdominal disease / P.V. Polenok // *Kazan Medical Journal*. – 2015. – №. 1. – P. 22-27.
6. Программированная релапаротомия в лечении разлитого гнойного перитонита / В.А. Авакимян, Г.К. Карипиди, С.В. Авакимян [и др.] // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2017. – №24(6). – С. 12-16. doi: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-12-16.
7. Programmed relaparotomy in the treatment of diffuse purulent peritonitis / V.A. Avakimyan, G.K. Karipidi, S.V. Avakimyan [et al.] // *Kuban Scientific Medical Bulletin*. – 2017. – №. 24 (6). – P. 12-16. doi: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-6-12-16.
8. Распространенный перитонит: эволюция методов хирургического лечения / И.С. Малков, В.А. Филиппов, В.Н. Коробков [и др.] // *Практическая медицина*. – 2017. – №6 (107). – С. 46-49.
9. Common peritonitis: evolution of surgical treatment methods / I.S. Malkov, V.A. Filippov, V.N. Korobkov [et al.] // *Practical Medicine*. – 2017. – №. 6(107). – P. 46-49.
10. Релапаротомия у больных с перитонитом / М.Н. Агзамова, Ж.С. Абдуллаев, А.М. Усаров [и др.] // *Молодой ученый*. – 2017. – №18 (152). – С. 111-112.
11. Relaparotomy in patients with peritonitis / M.N. Agzamova, Zh.S. Abdullaev, A.M. Usarov [et al.] // *Young scientist*. – 2017. – №. 18(152). – P. 111-112.
12. Савельев В.С. Перитонит (практическое руководство) / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов. – М.: Издательство «Литтерра», 2006. – 208 с.
13. Saveliev V.S. Peritonitis (a practical guide) / V.S. Saveliev, B.R. Gelfand, M.I. Filimonov. – Moscow: Litterra Publishing House, 2006. – 208 p.
14. Суковатых Б.С. Оптимизация технологии видеоэндоскопических санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков, П.А. Иванов // *Хирургия*. – 2012. – №7. – С. 53-57.
15. Sukovatykh B.S. Optimization of the technology of video endoscopic sanitation of the abdominal cavity in case of widespread purulent peritonitis. Sukovatykh, Yu.Yu. Blinkov, P.A. Ivanov // *Surgery*. – 2012. – №. 7. – P. 53-57.
16. Суковатых Б.С. Новые способы лечения распространенного перитонита / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинков // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. – 2014. – №2. – С. 165-176.
17. Sukovatykh B.S. New methods of treating generalized peritonitis / B.S. Sukovatykh, Yu.Yu. Blinkov // *Bulletin of Experimental and Clinical Surgery*. – 2014. – №. 2. – P. 165-176.
18. Третичный перитонит: состояние проблемы и возможные перспективы / А.А. Щеголев, Р.С. Товмасын, А.Ю. Чевокин [и др.] // *Лечебное дело*. – 2018. – №4. – С. 32-35. doi.org / 10.24411/2071-5315-2018-12063
19. Tertiary peritonitis: state of the problem and possible prospects / A.A. Shchegolev, R.S. Tovmasyan, A.Yu. Chevokin [et al.] // *General Medicine*. – 2018. – №. 4. – P. 32-35. doi.org / 10.24411/2071-5315-2018-12063
20. Хирургические аспекты лечения пациентов с распространенным перитонитом / Б.В. Сигуа, В.П. Земляной, С.В. Петров [и др.] // *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. – 2021. – №10 (1). – С. 58-65. doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-58-65.
21. Surgical aspects of the treatment of patients with generalized peritonitis / B.V. Sigua, V.P. Zemlyanoy, S.V. Petrov [et al.] // *Zhurnal im. N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine*. – 2021. – №. 10 (1). – P. 58-65. doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-58-65.
22. Чернядьев С.А. Дифференцированный подход в лечении больных с распространенным перитонитом, требующих санационных релапаротомий / С.А. Чернядьев, К.А. Кубасов, Э.И. Булаева // *Вестник Уральского государственного медицинского университета*. – 2020. – №1. – С. 72-74.
23. Chernyadiev S.A. Differentiated approach in the treatment of patients with generalized peritonitis requiring sanitization relaparotomy / S.A. Chernyadyev, K.A. Kubasov, E.I. Bulaeva // *Bulletin of the Ural State Medical University*. – 2020. – №. 1. – P. 72-74.
24. Evaluation of prognosis in patients' with perforation peritonitis using Mannheim's peritonitis index / T. Dani, L. Ramachandra, R. Nair [et al.] // *International Journal of Scientific and Research Publications*. – 2015. – №. 5(5). – P. 126-131.
25. Evaluation of various prognostic factors in perforative peritonitis management / S. Budamala, A. Penugonda, G.V. Prakash, N.V. Ramaniah [et al.] // *Journal of Evidence based Medicine and Healthcare*. – 2015. – №. 2(38). – P. 6027-6035. doi: 10.18410/jebmh/2015/831.
26. External validation of a decision tool to guide post-operative management of patients with secondary peritonitis / J.J. Atema, K. Ram, M.J. Schultz [et al.] // *Surg. Infect. (Larchmt)*. – 2017. – №. 18(2). – P. 189-195. doi: 10.1089/sur.2016.017.
27. Postoperative peritonitis after digestive tract surgery: surgical management and risk factors for morbidity and mortality, a cohort of 191 patients / T. Bensignor, J.H. Lefevre, B. Creavin [et al.] // *World J. Surg.* – 2018. – №. 42 (11). – P. 3589-3598. doi: 10.1007/s00268-018-4687-6.
28. Siqueira J. De. Managing the open abdomen in a district general hospital / J. De Siqueira, O. Tawfiq, G. Garner // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* – 2014. – №. 96(3). – P. 194-198. doi: 10.1308/003588414X13814021678556.
29. The usefulness of the Mannheim peritonitis index score in assessing the condition of patients treated for peritonitis / P. Budzynski, J. Dworak, M. Natkaniec [et al.] // *Pol. Przegl. Chir.* – 2015. – №. 87 (6). – P. 301-306. doi: 10.1515/pjs-2015-0058.