

## Ефективність лікування поширеного вторинного гнійного перитоніту із застосуванням релапаротомії

**Мета роботи:** проаналізувати результати лікування пацієнтів із поширеним вторинним гнійним перитонітом та порівняти ефективність різних методик лікування.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 545 пацієнтів із вторинним гнійним перитонітом, що знаходились на лікуванні у відділенні гнійної хірургії та проктології КП "Рівненська обласна клінічна лікарня" РОР з 2015 по 2019 рр. За структурою захворюваності: місцевий (відмежований) перитоніт було виявлено у 47,7 %, поширений, або дифузний – у 16,51 %, загальний, або тотальний – у 35,78 %. За Мангеймським індексом перитоніту пацієнтів було розподілено на три групи MPI <16 у 36,6 %; 17 <MPI <21 у 31,7 %; MPI > 22 в 31,7 %.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 51 пацієнта виконано релапаротомію, що становить 9,26 %. З них релапаротомію "на вимогу" виконано у 36 (6,51 %), а програмовану релапаротомію – у 15 (2,75 %). Кількість релапаротомій в одного пацієнта коливалась від 1 до 15. Середня кількість – 3. У структурі захворювань, із приводу котрих виконували релапаротомію: гострий деструктивний панкреатит – 22 (44,43 %) пацієнти, виразкова хвороба шлунка та ДПК, ускладнена перфорацією виразки, 5 (11,12 %), ЖКХ та її ускладнення – 5 (11,12 %), тромбоз мезентеріальних судин – 3 (5,55 %), рак товстого кишечника та прямої кишки – 3 (5,55 %), дивертикулярну хворобу товстого кишечника та інші запальні захворювання кишечника, рак шлунка, ушкодження порожнистих органів черевної порожнини – 11 (22,23 %), інфікований асцит на фоні ХХН – 2 (3,67 %). Серед 545 оперованих пацієнтів у післяопераційному періоді померло 135 пацієнтів (24,77 %). У групі пацієнтів після виконаних релапаротомій померло 20 пацієнтів (39,2 %).

**Ключові слова:** перитоніт; релапаротомія; Мангеймський індекс перитоніту.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Вторинний перитоніт – це запалення очеревини, котре проявляється як вторинний патологічний процес, що ускладнює перебіг первинного патологічного процесу, травми або захворювання, яке призвело до утворення запальної або травматичної деструкції органів черевної порожнини [3]. Проблема лікування хворих із поширеним вторинним гнійним перитонітом (ВГП) – одна з найбільш складних та дискусійних в абдомінальній хірургії [4]. За останні 10 років частота гнійного перитоніту стала збільшуватися, а сподівання на вирішення проблеми тільки антибактеріальними засобами не виправдалися. Смертність при перитоніті складає 20–71,7 %, у стадії поліорганної недостатності показник смертності зростає до 76–90 %, в умовах розвитку інфекційно-токсичного шоку летальність становить 62–80 %, а у пацієнтів похилого віку показники летальності зростають до 100 % [1, 12, 7, 10, 16, 11]. Крім того, у значної частини пацієнтів (12–16 %), котрі перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини, розвивається післяопераційний перитоніт [3]. Висока летальність хворих із перитонітом спонукає до пошуку нових підходів не тільки у хірургічному лікуванні, але й до оптимізації діагностичної тактики, можливостей прогнозу перебігу перитоніту. Використання індек-

сів і шкал для оцінки ступеня тяжкості поліорганної недостатності та прогнозу перебігу перитоніту (SAPS, APACHE II, ALTONA (PIA) та ін.) дозволяє з достатньо високою вірогідністю оцінити стан хворого у цифровій системі шкали та прогнозувати перебіг хвороби. Особливу діагностичну цінність має Мангеймський індекс перитоніту (MPI), що складається з бальної характеристики 8 категорій, у тому числі враховуються вікові та статеві особливості, тривалість перебігу захворювання та інтраопераційна характеристика перитоніту [3, 5]. Такі шкали оцінки стану пацієнта, як критерії сепсису за класифікацією ACCP/SCCM (1992), оцінка тяжкості стану хворого за системою APACHE II (1985 р), шкала SOFA (1994р), розрахунок прогнозованої летальності (1994), прогностичний індекс релапаротомії за J. F. Pusaño (1993р), індекс черевної порожнини (1998р) є важливою ланкою вибору тактики лікування пацієнта [3]. Після первинної (екстреної) лапаротомії може виникнути необхідність усунення стійкого перитоніту або нового інфекційного вогнища методом релапаротомії [2, 6, 8, 13] або із застосуванням Vacuum-assisted closure (VAC) лапаротомної рани [9].

На сьогодні при лікуванні поширеного вторинного гнійного перитоніту використовують релапаротомію ("на вимогу") і так звану "планову релапаротомію" [4, 15].

Недостатня ефективність застосування релапаротомії в пацієнтів вказує на необхідність пошуку додаткових методів покращення результатів лікування пацієнтів із поширеним вторинним гнійним перитонітом.

**Мета роботи:** проаналізувати результати лікування пацієнтів із поширеним ВГП та порівняти ефективність різних методик лікування пацієнтів із поширеним вторинним гнійним перитонітом.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 545 пацієнтів із вторинним гнійним перитонітом, що знаходились на лікуванні у відділенні гнійної хірургії та проктології КП “Рівненська обласна клінічна лікарня” РОР з 2015 по 2019 рр.

Стандартизована доопераційна підготовка була представлена збором симптомів та анамнезу, об’єктивною оцінкою стану пацієнта, лабораторними обстеженнями, інструментальними методами обстеження (УЗД ОЧП, КТ ОЧП, рентгенографія ОЧП); лікувальна тактика включала внутрішньовенну інфузію, антибіотики. Під час операційного втручання виконували хірургічну санацію “джерела” захворювання, що спричиняло перитоніт. Після чого проводили промивання та дренивання черевної порожнини. Інтенсивна терапія та інші медичні маніпуляції виконувались за показаннями. Після проведеного первинного операційного втручання формували показання до виконання програмованої релапаротомії: розповсюджений гнійно-фібринозний перитоніт; наявність

гнійного вогнища, яке неможливо видалити під час первинної операції; анаеробної інфекції черевної порожнини; післяопераційний перитоніт; флегмони передньої черевної стінки; тотальне нагноєння лапаротомної рани; гнійно-некротичні форми панкреонекрозу, флегмони парапанкреатичної клітковини та панкреатогенний перитоніт. Крім того, у післяопераційному періоді, при виникненні ускладнень, виконували релапаротомію на вимогу.

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Нами проведено аналіз результатів лікування 545 пацієнтів з поширеним ВГП, які знаходились на лікуванні в умовах відділення гнійної хірургії та проктології Рівненської обласної клінічної лікарні з 2015 по 2019 роки. Серед обстежених 68,8 % – чоловіки, 31,2 % – жінки. Вік пацієнтів складав 18–89 років, середній вік 48,27 року. У чоловіків переважав гострий деструктивний панкреатит (ГДП) – 28,44 %, гострий деструктивний апендицит (ГДА) – 23,85 %, виразкова хвороба шлунка та ДПК, ускладнена перфорацією виразки (ВХ) – 15,59 %, ЖКХ та її ускладнення – 7,35 %, гостра кишкова непрохідність (ГКН) – 6,42 %, тромбоз мезентеріальних судин (ТМС) – 4,59 %, рак товстого кишечника та прямої кишки (РТК та ПК) – 4,59 %, дивертикулярна хвороба товстого кишечника та інші запальні захворювання кишечника – 2,75 %, рак шлунка – 1,83 %, ушкодження порожнистих органів черевної порожнини – 3,67 %, інфікований асцит на тлі ХХН – 0,92 % (рис. 1).

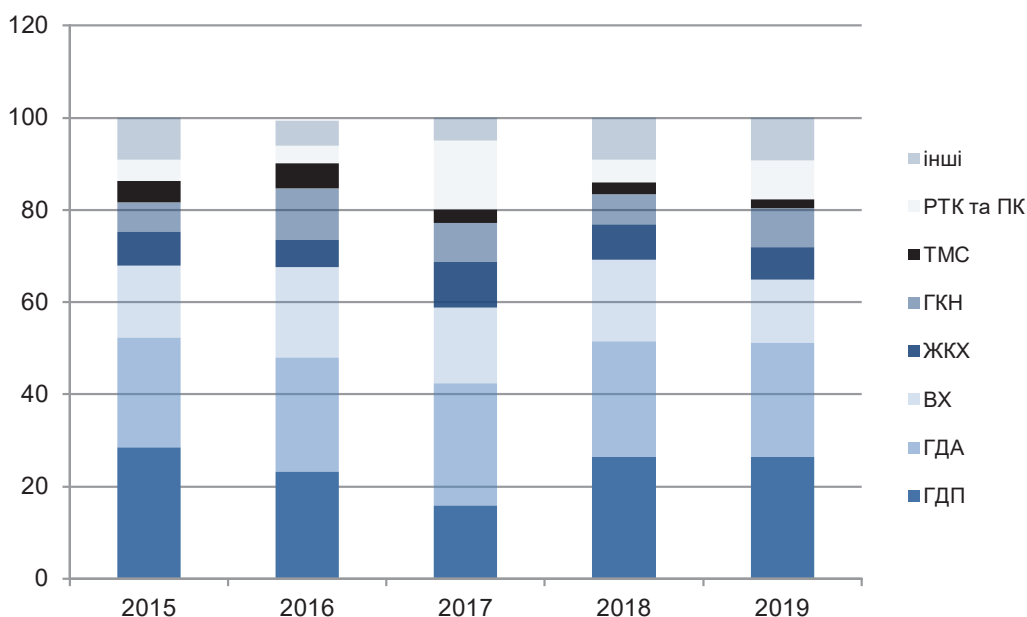
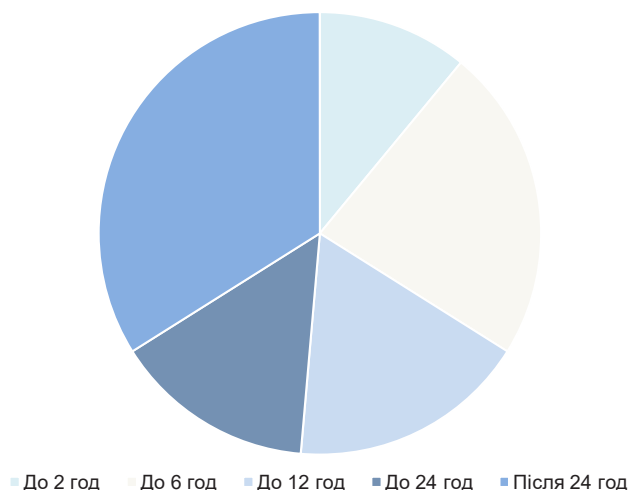


Рис. 1. Структура захворюваності пацієнтів із ВГП.

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

При ретроспективному аналізі госпіталізації пацієнтів у хірургічне відділення виявлено, що 60 (11 %) пацієнтів були госпіталізовані до 3-х годин з моменту захворювання, до 6-ти годин – 125 (22,95 %), до 12-ти годин – 95 (17,43 %), до 24-х годин – 80 (14,68 %), а після 24 годин – 185 (33,94 %) (рис. 2).

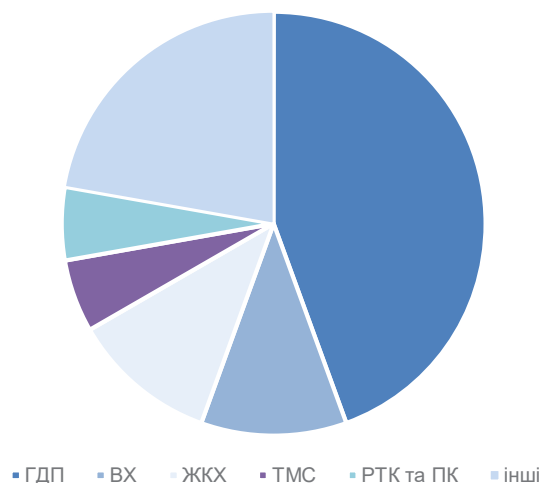


**Рис. 2.** Ретроспективний аналіз госпіталізації пацієнтів у хірургічне відділення.

За Мангеймським індексом перитоніту пацієнтів було розподілено на три групи  $MPI < 16$  у 36,6 %;  $17 < MPI < 21$  у 31,7 %;  $MPI > 22$  в 31,7 %. При цьому прогнозована летальність становила при 0 %  $MPI < 16$ ; 0,1–29 % при  $17 < MPI < 21$ ; 29,1–100 % при  $MPI > 22$  [14].

У 51 пацієнта виконано релапаротомію, що становить 9,26 %. З них релапаротомія “на вимогу” виконана у 36 (6,51 %), а програмована релапаротомія – у 15 (2,75 %). Кількість релапаротомій у одного пацієнта коливалась від 1 до 15. Середня кількість – 3. При цьому у всіх пацієнтів, котрим виконувалась програмована релапаротомія,  $MPI > 17$ . У структурі захворювань, із приводу котрих виконувалась релапаротомія: гострий деструктивний панкреатит (ГДП) 22 (44,43 %) пацієнтів, виразкова хвороба шлунка та ДПК, ускладнена перфорацією виразки (ВХ) 5 (11,12 %), ЖКХ та її ускладнення 5 (11,12 %), тромбоз мезентеріальних судин (ТМС) 3 (5,55 %), рак товстого кишечника та прямої кишки (РТК та ПК) 3 (5,55 %), дивертикулярна хвороба товстого кишечника та інші запальні захворювання кишечника, рак шлунка, ушкодження порожнистих органів черевної порожнини 11 (22,23 %), інфікований асцит на фоні ХХН 2 (3,67 %) (рис. 3). За терміном ви-

конання програмовані релапаротомії виконували у часовому проміжку 48–60 годин після первинної операції. Релапаротомії “на вимогу” виконували через 24 години у 2 пацієнтів (5,45 %); 24–48 годин – 2 пацієнтів (5,45 %), 48–72 годин – 6 пацієнтів (16,14 %), більше 72 годин – 26 пацієнтів (72,96 %).



**Рис. 3.** Структура захворювань, з приводу яких виконували релапаротомію.

Серед 545 оперованих пацієнтів у післяопераційному періоді померло 135 пацієнтів (24,77 %). Частка пацієнтів із  $MPI < 16$  – 101 пацієнтів 18,52 %;  $17 < MPI < 21$  – 324 пацієнтів (59,26 %);  $MPI > 22$  становила 120 пацієнтів (22,22 %). Причиною летальності у 106 пацієнтів (78,73 %) була поліорганна недостатність, у 10 пацієнтів (7,4 %) тромбоемболія легеневої артерії, у 14 пацієнтів (10,17 %) тромбоемболічні ускладнення; гостра серцево-легенева недостатність та інші причини (кровотечі, гостра ниркова недостатність) у 5 пацієнтів (3,7 %). У групі пацієнтів після виконаних релапаротомій померло 20 пацієнтів (39,2 %).

За результатами аналізу лікування хворих із поширеним ВГП та причин післяопераційної летальності, нами було виявлено, що висока післяопераційна летальність у групі пацієнтів, котрим виконувалась релапаротомія “на вимогу” у терміни більше 72 годин після первинного втручання. Висока частка пацієнтів із  $MPI < 16$  у загальній структурі смертності вказує на необхідність пошуку критеріїв несприятливого перебігу післяопераційного періоду та розширення показань до виконання релапаротомій.

Проведений нами аналіз спонукає до пошуку більш точних та чутливих методів прогнозування

перебігу післяопераційного періоду пацієнтів із перитонітом та профілактики можливих ускладнень у післяопераційному періоді.

**Висновки.** 1. Перитоніт – тяжке та загрозливе для життя ускладнення захворювань органів черевної порожнини, котре вимагає диференційованого підходу для комплексного лікування.

2. Релaparотомію слід вважати операцією ви-

бору в лікуванні ускладнень при поширеному вторинному гнійному перитоніті.

3. Однією із причин незадовільних результатів лікування пацієнтів із застосуванням релaparотомії є недостатнє врахування об'єктивних параметрів тяжкості хірургічної інфекції (наприклад, при використанні Мангеймського індексу перитоніту) та відсутність динамічної оцінки інших факторів впливу на перебіг післяопераційного періоду.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дзюбановський І. Я. Комплексне лікування хворих на гострий поширений перитоніт / І. Я. Дзюбановський, Б. О. Мігенько // Галицький лікарський вісник. – 2012. – Т. 19, число 3 (2). – С. 42–44.
2. Дзюбановський І. Я. Гострий поширений перитоніт. Лапаростомія чи програмована релaparотомія? / І. Я. Дзюбановський, В. В. Бенедикт // Клініч. анатомія та операт. хірургія. – 2014. – 13, № 1. – С. 53–55.
3. Перитонит: практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
4. Радзиховский А. П. Очерки хирургии перитонита / А. П. Радзиховский, О. Е. Бобров, В. Я. Найштетик. – Киев, 2000. – 139 с.
5. Чернов В. Н. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните / В. Н. Чернов, Б. М. Белик, Х. Ш. Пшуков // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2004. – № 3. – С. 21–24.
6. Bosscha K. Surgical management of severe secondary peritonitis / K. Bosscha, T. J. van Vroonhoven, C. van der Werken // Br. J. Surg. – 1999. – Vol. 86 (11). – P. 1371–1377.
7. Surgical Infection Society intra-abdominal infection study: prospective evaluation of management techniques and outcome / N. V. Christou, P. S. Barie, E. P. Dellinger [et al.] // Arch. Surg. – 1993. – Vol. 128 (2). – P. 193–198.
8. Farthmann E. H. Principles and limitations of operative management of intraabdominal infections / E. H. Farthmann, U. Schoffel // World J. Surg. – 1990. – Vol. 14 (2). – P. 210–217.
9. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome / A. W. Kirkpatrick, D. J. Roberts, J. De Waele [et al.] // Intensive Care Medicine. – Vol. 39 (7). – P. 1190–1206.
10. Koperna T. Prognosis and treatment of peritonitis: do we need new scoring systems? / T. Koperna, F. Schulz // Arch. Surg. – 1996. – Vol. 131 (2). – P. 180–186.
11. Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis / B. Lamme, M. A. Boermeester, E. J. Belt [et al.] // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91 (8). – P. 1046–1054.
12. Mazuski J. E. Intra-abdominal infections / J. E. Mazuski, J. S. Solomkin // Surg. Clin. N. Am. – 2009. – Vol. 89. – P. 421–437.
13. Nathens A. B. Therapeutic options in peritonitis / A. B. Nathens, O. D. Rotstein // Surg. Clin. North Am. – 1994. – Vol. 74 (3). – P. 677–692.
14. Mannheim Peritonitis Index (MPI) and elderly population: prognostic evaluation in acute secondary peritonitis / G. Salamone, L. Licari, N. Falco [et al.] // G. Chir. – 2016. – Vol. 37 (6). – P. 243–249.
15. Van Goor H. Interventional management of abdominal sepsis: when and how / H. Van Goor // Langenbecks Arch Surg. – 2002. – Vol. 387 (5-6). – P. 191–200.
16. Wittmann D. H. Management of secondary peritonitis / D. H. Wittmann, M. Schein, R. E. Condon // Ann. Surg. – 1996. – Vol. 224 (1). – P. 10–18.

#### REFERENCES

1. Dziubanovskiy, I.Ya., & Mihenko, B.O. (2012). Kompleksne likuvannya khvorykh na hostryi poshyrenyi perytonit [Comprehensive treatment of patients with acute peritonitis]. *Halytskyi likarskyi visnyk – Galician Medical Bulletin*, 19, 3 (2), 42-44 [in Ukrainian].
2. Dziubanovskiy, I.Ya., & Benedykt, V.V. (2014). Hostryi poshyrenyi perytonit. Laparostomiya chy proqramovana relaparotomiia? [Acute widespread peritonitis. Laparostomy or programmed relaparotomy?]. *Klinich. anat. ta operat. khirurh. – Clinical Anatomy and Operative Surgery*, 13 (1), 53-55 [in Ukrainian].
3. Savelyev, V.S., Gelfand, B.R., & Filimonov, M.I. (Eds.). (2006). *Peritonit: prakticheskoye rukovodstvo [Peritonitis: a practical guide]*. Moscow: Littera [in Russian].
4. Radzikhovskiy A.P., Bobrov, O.E., & Nayshetik, V.Ya. (2000). *Ocherki khirugii peritonita [Essays on peritonitis surgery]*. Kyiv [in Russian].
5. Chernov, V.N., Belik, B.M., & Pshukov, Kh.Sh. (2004). Prognozirovaniye iskhoda i vybor khirirgicheskoy taktiki pri gnoynom peritonite [Prediction of outcome and choice of surgical tactics for advanced purulent peritonitis]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal by N.I. Pirogov*, 3, 21-24 [in Russian].
6. Bosscha, K., van Vroonhoven, T.J., & van der Werken, C. (1999). Surgical management of severe secondary peritonitis. *Br. J. Surg.*, 86 (11), 1371-1377.
7. Christou, N.V., Barie, P.S., Dellinger, E.P., Waymack, J.P., & Stone, H.H. (1993). Surgical Infection Society intra-abdominal infection study: prospective evaluation of management techniques and outcome. *Arch. Surg.*, 128 (2), 193-198.
8. Farthmann, E.H., & Schoffel, U. (1990). Principles and limitations of operative management of intraabdominal infections. *World J. Surg.*, 14 (2), 210-217.
9. Kirkpatrick, A.W., Roberts, D.J., De Waele, J., Jaeschke, R., Malbrain, M.L.N.G., et al. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Medicine*, 39 (7), 1190-1206.
10. Koperna, T., & Schulz, F. (1996). Prognosis and treatment of peritonitis: do we need new scoring systems? *Arch. Surg.*, 131 (2), 180-186.
11. Lamme, B., Boermeester, M.A., Belt, E.J., van Till, J.W., Gouma, D.J., & Obertop, H. (2004). Mortality and morbidity of planned relaparotomy versus relaparotomy on demand for secondary peritonitis. *Br. J. Surg.*, 91 (8), 1046-1054.

12. Mazuski, J.E., & Solomkin, J.S. (2009). Intra-abdominal infections. *Surg. Clin. N. Am.*, 89, 421-437.
13. Nathens, A.B., & Rotstein, O.D. (1994). Therapeutic options in peritonitis. *Surg. Clin. North Am.*, 74 (3), 677- 692.
14. Salamone, G., Licari L., Falco N., Augello G., Tutino R., Campanella S., Guercio G., & Gulotta, G. (2016). Mannheim Peritonitis Index (MPI) and elderly population: prognostic evaluation in acute secondary peritonitis. *G. Chir.*, 37 (6), 243-249
15. Van Goor, H. (2002). Interventional management of abdominal sepsis: when and how. *Langenbecks Arch Surg.*, 387 (5-6), 191-200.
16. Wittmann, D.H., Schein, M., & Condon, R.E. (1996). Management of secondary peritonitis. *Ann. Surg.*, 224 (1), 10-18.

Отримано 23.04.2020

Електронна адреса для листування: dr.dombrovskiy@gmail.com

S. Y. ZAPOROZHAN<sup>1</sup>, V. O. TKACH<sup>2</sup>, O. A. DOMBROVSKYI<sup>1,2</sup>

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University<sup>1</sup>  
Rivne Regional Clinical Hospital<sup>2</sup>

### TREATMENT EFFICACY OF WIDESPREAD SECONDARY PURULENT PERITONITIS WITH THE USE OF RELAPAROTOMY

**The aim of the work:** to analyze the results of treatment of patients with common secondary purulent peritonitis and compare the effectiveness of different treatments.

**Materials and Methods.** A retrospective analysis of the results of treatment of 545 patients with secondary purulent peritonitis who were treated in the Department of General Surgery and Proctology Rivne Regional Clinical Hospital from 2015 to 2019 was performed. Incidence: local (demarcated) peritonitis was detected in 47.7 %, widespread or diffuse in 16.51 %, general or total in 35.78 %. According to the Mannheim Peritonitis Index, patients were divided into three groups MPI <16 in 36.6 %; 17 <MPI <21 in 31.7 %; MPI > 22 in 31.7 %.

**Results and Discussion.** In 51 patients, relaparotomy was performed, which is 9.26 %. Of these, relaparotomy “on demand” was performed in 36 (6.51 %), and programmed relaparotomy – in 15 (2.75 %). The number of relaparotomies in one patient ranged from 1 to 15. The average number – 3. In the structure of diseases about which relaparotomy was performed: acute destructive pancreatitis in 22 (44.43 %) patients, gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by perforation of ulcer 5 (11, 12%), gallstone disease and its complications 5 (11.12 %), mesenteric vascular thrombosis 3 (5.55 %), colon and rectal cancer 3 (5.55 %), diverticular disease of the colon and other inflammatory bowel diseases, gastric cancer, damage to the hollow organs of the abdominal cavity 11 (22.23 %), infected ascites on the background of CKD 2 (3.67 %). Among 545 operated patients in the postoperative period, 135 patients died (24.77 %). In the group of patients after relaparotomies, 20 patients died (39.2 %).

**Key words:** peritonitis; relaparotomy; Mannheim Peritonitis Index.

С. И. ЗАПОРОЖАН<sup>1</sup>, В. А. ТКАЧ<sup>2</sup>, А. А. ДОМБРОВСКИЙ<sup>1,2</sup>

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины<sup>1</sup>  
КП “Ровенская областная клиническая больница”<sup>2</sup>

### ЕФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ВТОРИЧНОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕЛАПАРОТОМИИ

**Цель работы:** проанализировать результаты лечения пациентов с распространенным вторичным гнойным перитонитом и сравнить эффективность различных методик лечения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 545 пациентов с вторичным гнойным перитонитом, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и проктологии КП “Ровенская областная клиническая больница” РОР с 2015 по 2019 год. По структуре заболеваемости: местный (отграниченный) перитонит был обнаружен у 47,7 %, распространенный, или диффузный у 16,51 %, общий, или тотальный у 35,78 %. По Мангеймскому индексу перитонита пациенты были разделены на три группы MPI <16 в 36,6 %; 17 <MPI <21 в 31,7 %; MPI > 22 в 31,7 %.

**Результаты исследований и их обсуждение.** У 51 пациента выполнено релапаротомию, что составляет 9,26 %. Из них релапаротомия “по требованию” выполнена в 36 (6,51 %), а программируемая релапаротомия – у 15 (2,75 %). Количество релапаротомий у одного пациента колебалась от 1 до 15. Среднее количество – 3. В структуре заболеваний, по поводу которых выполнялась релапаротомия: острый деструктивный панкреатит – 22 (44,43 %) пациента, язвенная болезнь желудка и ДПК осложнена перфорацией язвы – 5 (11,12 %), ЖКБ и ее осложнения – 5 (11,12 %), тромбоз мезентериальных сосудов – 3 (5,55 %), рак толстого кишечника и прямой кишки – 3 (5,55 %), дивертикулярная болезнь толстого кишечника и другие воспалительные заболевания кишечника, рак желудка, повреждения полых органов брюшной полости – 11 (22,23 %), инфицированный асцит на фоне ХБП – 2 (3,67 %). Среди 545 оперированных пациентов в послеоперационном периоде умерло 135 пациентов (24,77 %). В группе пациентов после выполненных релапаротомий умерло 20 пациентов (39,2 %).

**Ключевые слова:** перитонит; релапаротомия; Мангеймский индекс перитонита.