



В. В. Бойко, И. А. Криворучко,
Ю. В. Иванова, С. А. Савви,
Е. В. Мушенко, А. Н. Гамидов,
М. С. Повеличенко,
В. Н. Лыхман

*ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины», Харьков*

*Харьковский национальный
медицинский университет*

© Коллектив авторов

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Резюме. Анализируются результаты хирургического лечения 41 больного с абдоминальным сепсисом после операций на органах брюшной полости. Авторами обосновано целесообразность использования современной классификации септических синдромов, поскольку критерии, лежащие в основе их определения, позволяют оценить тяжесть состояния пациентов, прогностические ориентиры и динамику патологического процесса. Комплексное хирургическое лечение, которое включает адекватную санацию патологического очага, рациональную антимикробную терапию, циркуляторную и метаболическую поддержку, позволяет существенно улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, релапаротомия, лечение.

Введение

Наиболее важной и сложной проблемой современной хирургии является лечение больных с тяжелой интраабдоминальной инфекцией, которая захватывает широкий спектр инфекционных процессов, развивающихся в брюшной полости под воздействием микроорганизмов, колонизирующих желудочно-кишечный тракт. Успех лечения больных с распространенным перитонитом во многом зависит от своевременности, полноты и адекватности выполненного хирургического вмешательства и направленной послеоперационной коррекции нарушений гомеостаза [2, 3, 4, 5].

До настоящего времени в литературе дискутируется вопрос о целесообразности выполнения, показаниях и противопоказаниях к выполнению релапаротомий «по требованию», плановых релапаротомий, включая лапаростомии. Не существует единого мнения о целесообразности выполнения, а также способах интубации кишечника. Необходима также разработка новых конструктивных методов временного закрытия лапаротомной раны, обеспечивающих увеличение объема брюшной полости [1, 2, 6, 7, 8].

Материалы и методы исследования

На основании многолетнего опыта нами разработан ряд стандартных принципов лечения послеоперационного перитонита, включающий ликвидацию или ограничение первичного очага, тщательный лаваж и дренирование брюшной полости по Петрову, обязательную интубацию кишечника.

Проанализированы результаты лечения 41 пациента, оперированного в клинике института по поводу послеоперационного перитонита в 2013 г.

Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкале APACHE II, по этому признаку больные были разделены на три подгруппы: первая — ≥ 10 баллов ≤ 15 (7 пациентов), вторая — $\geq 16 \leq 25$ (23 пациентов), третья — ≥ 26 баллов (11 пациентов). При этом, в зависимости от тяжести выраженности системной воспалительной реакции, первая группа больных соответствовала понятию абдоминальный сепсис, вторая — тяжелый абдоминальный сепсис и третья — септический шок по классификации В. В. Савельева и соавт., (2011) [8].

При оценке уровня интраабдоминальной гипертензии пользовались классификацией World Society of the Abdominal Compartment Syndrome, консенсус 2013 г. Сроки исследования — через 6 и 12 часов после операции, и в дальнейшем на протяжении первых 3-х суток раннего послеоперационного периода.

Все оперативные вмешательства выполнялись под общим обезболиванием, в условиях многокомпонентного наркоза после предоперационной подготовки на протяжении 2 часов. В предоперационном периоде проводилась «стартовая» инфузионная терапия гипертоническим раствором NaCl 7,5–10 % из расчета 4–6 мл/кг массы тела в сочетании с коллоидными растворами в соотношении 1:1, дальнейшая инфузионная терапия включала солевые кристаллоидные растворы.

Результаты исследований и их обсуждения

Виды оперативных вмешательств, выполненных у исследуемых больных представлены в табл. 1. Во время операции производили устранение источника перитонита, лаваж брюшной полости не менее чем 4–6 литров антисептиков, и дренирование брюшной полости по Петрову. Интубация тонкой кишки

выполнялась у всех больных: в 1 случае (2,4 %) — антеградно трансназально, у 15 (36,6 %) — ретроградно через аппендико- или цекостому, у 2 (4,9 %) больных — через илеостому, у 2 (4,9 %) больных — через колостому. У 21 (51,2 %) больного во время релапаротомии сохраняли ранее установленный интестинальный зонд. Обязательно выполняли интраоперационный лаваж кишечника, у 14 пациентов — энтеросорбцию.

В исследуемой группе преобладали пациенты, у которых причиной перитонита была несостоятельность швов анастомозов ЖКТ 13 (29,3%) больных, а также перфорации острых язв ЖКТ 14 (31,7%) больных.

В подгруппе пациентов, тяжесть состояния которых не превышала 15 баллов по шкале АРАСНЕ II, в одном случае диагностирована несостоятельность швов дуоденопластики, признаки перитонита. После предоперационной подготовки и стабилизации основных жизненно важных параметров, больные оперированы в ургентном порядке. Больные оперированы по разработанной нами методике дивертикулизации двенадцатиперстной кишки.

Интубацию тонкой кишки у этих пациентов производили ретроградно трансцекально. Операционную рану после дренирования брюшной полости по Петрову ушивали наглухо (табл. 1).

В 17 случаях, когда были выявлены дефекты межкишечных анастомозов и перфорации острых язв тонкой кишки выполнялись резекции сегментов тонкой кишки с наложением «разгрузочных» кишечных стом и интубацией тонкой кишки через тонкокишечные стомы. Операционную рану после дренирования брюшной полости по Петрову ушивали наглухо.

Пациентам с послеоперационным перитонитом, у которых диагностирована первая степень интраабдоминальной гипертензии, лапаротомную рану ушивали наглухо. У них осуществляли мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД) в течение первых послеоперационных суток через 6 и 12 часов и в последующем на 2-е и 3-е сутки после операции (рис. 1).

Как свидетельствуют данные, приведенные на рис. 1, показатели ВБД имели характерную динамику и зависели от степени тяжести пациентов: цифры ВБД прогрессивно нарастали в течение первых послеоперационных суток с

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств, выполненных у больных основной подгруппы с распространенным послеоперационным перитонитом

Характер выполненных операций	Тяжесть состояния по шкале АРАСНЕ II, баллы			Всего
	≥10 ≤ 15, (n=7)	≥16 ≤ 25, (n=23)	≥ 26, (n=11)	
Релапаротомия, резекция сегментов тонкой кишки, наложение анастомозов с «разгрузочными» стомами	—	6	11	17
Релапаротомия, дивертикулизация двенадцатиперстной кишки	3	1	—	4
Релапаротомия, резекция анастомоза с наложением илеоили колостом	—	—	4	4
Программированная санация (1–2) (закрытая методика)	—	—	3	3
Релапаротомия, устранение кишечной непроходимости	2	2	—	4
Релапаротомия, вскрытие абсцесса, санация брюшной полости, интубация тонкой кишки	—	4	—	4
Лапаростомы, программированные санации (2–4)	—	—	5	

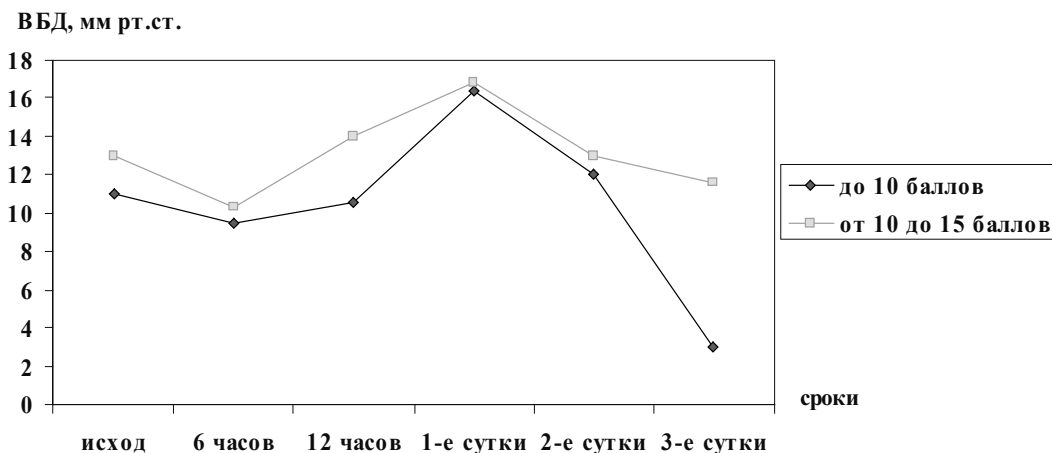


Рис. 1. Изменения ВБД у больных, оперированных по поводу распространенного послеоперационного перитонита с ушиванием лапаротомной раны наглухо



(9,52±1,2) и (10,3±2,4) мм рт. ст. ($p<0,05$) соответственно до (16,4±2,2) и (16,8±2,8) мм рт. ст. ($p<0,01$). В последующем на фоне проводимой интенсивной терапии ВБД снижалось и к 3-м суткам послеоперационного периода достигало (9,38±1,7) и (11,62±2,3) мм рт. ст. ($p<0,05$).

В послеоперационном периоде интенсивная терапия включала введение антибактериальных, противовоспалительных препаратов, коррекцию гомеостаза, гемодинамических нарушений, коррекцию микроциркуляторных нарушений, электролитных нарушений, метаболического ацидоза, улучшение реологических свойств крови, коррекцию гипопротениемии, обмена липидов, детоксикационные мероприятия, гепатотропную терапию, нутритивную поддержку.

Среди больных, тяжесть состояния которых превышала 16 баллов по шкале APACHE II, в двух случаях диагностирована несостоятельность тонко-толстокишечных анастомозов, у двух пациентов – несостоятельность толстокишечных анастомозов. Ликвидация источника перитонита заключалась в резекции анастомозов, наложении концевых илео- или колостом. Выполнялась санация брюшной полости. Интубацию кишечника производили через илеостому или колостому.

У больных с распространенным послеоперационным перитонитом, с уровнем интраабдоминальной гипертензии, который соответствует второй степени, в комплексе интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде проводились консервативные мероприятия, направленные на улучшение спланхического кровотока, с этой целью вводился Добутамин в дозах 2,5–3 мкг/мл/мин, либо препараты вазопрессина.

При значениях ВБД, не превышающих 20 мм рт. ст. проводим консервативные лечебные мероприятия, а при показателях ВБД, пре-

вышающих 20 мм рт. ст. (что соответствовало третьей и четвертой степени антраабдоминальной гипертензии) и наличии у больного признаков органной недостаточности выполняли хирургическую декомпрессию брюшной полости.

Учитывая тот факт, что исходно у пациентов с несостоятельностью швов анастомозов ЖКТ и 11 пациентов с перфорациями острых язв ЖКТ имелись признаки ПОН, а цифры ВБД превышали 20 мм рт. ст., им выполняли хирургическую декомпрессию брюшной полости. Декомпрессию брюшной полости выполняли путем рассечения париетальной брюшины по левой и правой переходным складкам с мобилизацией восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки и забрюшинной клетчатки «тупым» путем, а также производили продольные разрезы внутренних листков влагалищ прямых мышц живота. Брюшную полость ушивали П-образными швами на поливинилхлоридных прокладках без захвата апоневроза. В раннем послеоперационном периоде вводились препараты, направленные на улучшение спалинхической микроциркуляции.

Динамика изменений ВБД у больных, оперированных по поводу распространенного послеоперационного перитонита с применением декомпрессионных методик, приведена на рис. 2.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что применение хирургической декомпрессии брюшной полости в сочетании с введением Добутамина из расчета 2,5–3 мкг/кг/мин, а также наложения декомпрессионного шва, позволяющего осуществлять дозированное сведение краев лапаротомной раны по мере достижения клинико-лабораторной ремиссии, позволяет значительно снизить ВБГ уже с первых суток послеоперационного периода и поддерживать стабильные показатели ВБД в раннем послеоперационном периоде на фоне про-

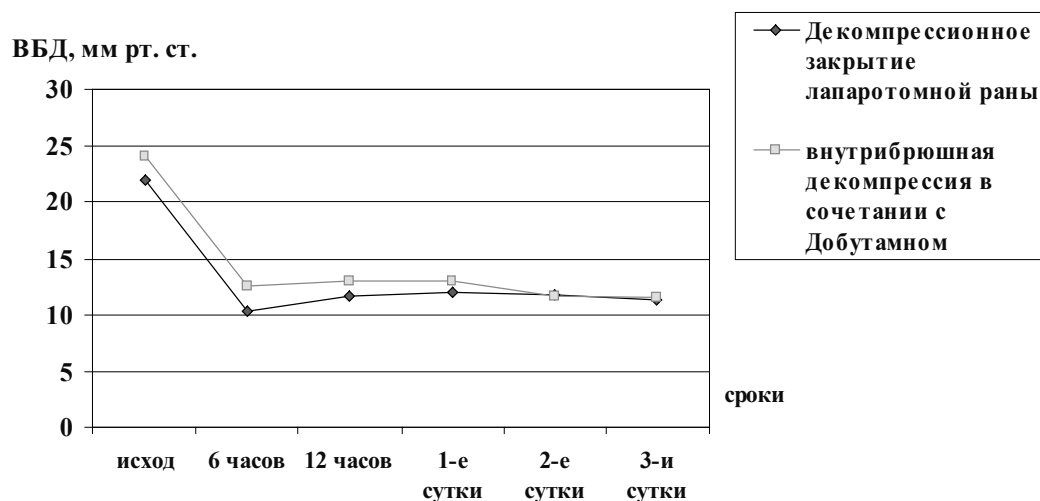


Рис. 2. Динамика изменений ВБД у больных, оперированных по поводу распространенного послеоперационного перитонита с применением декомпрессионных методик



водимой коррекции органных расстройств за счет улучшения спланхического кровотока.

В исследуемой группе пациентов в 8 случаях диагностирован продолжающийся перитонит с признаками ПОН. В 3-х случаях, когда после релапаротомии выявлен продолжающийся гнойный перитонит и производилась одна программированная санация брюшной полости, в 2-х случаях во время релапаротомии выявлены признаки анаэробной инфекции, в 3-х случаях — тотальная подкожная эвентрация с признаками гнойно-некротического фасциита. После тщательного иссечения гнойно-некротических тканей и санации брюшной полости больным выполнялись программированные санации брюшной полости (от 2 до 4) в режиме управляемой лапаростомы. Следует отметить, что уровень интраабдоминальной гипертензии у этих пациентов перед операцией превышал 25 мм. рт. ст. (рис. 3).

Мониторинг ВБД, проводимый у этих пациентов, показал, что на фоне проводимого лечения удавалось снизить уровень ВБД в среднем до $(13,7 \pm 2,1)$ мм рт. ст. в первые сутки после релапаротомии. В последующем на протяжении раннего послеоперационного периода после программированных санаций показатели ВБД не превышали в среднем $(11,31 \pm 1,5)$ мм рт. ст. После стихания явлений перитонита, стабилизации клиничко-лабораторных показателей и снижения ВБД до 10 мм рт. ст. брюшная полость ушивалась П-образными швами на ПВХ прокладках с захватом только кожных краев раны.

У пациентов, у которых причиной развития распространенного послеоперационного перитонита послужила острая спаечная непро-

ходимость кишечника, в 2-х случаях тяжесть состояния по шкале APACHE II не превышала 10 баллов, у 2-х пациентов была от 10 до 15 баллов. Все эти больные были оперированы в ургентном порядке, им выполнялась релапаротомия, устранение непроходимости, интубация кишечника производилась в 3-х случаях ретроградно через аппендикоцекостому и в 1-м случае — ретроградно через цекостому. Декомпрессию тонкой кишки во время операции производили через интестинальный зонд. Лапаротомную рану ушивали наглухо. На фоне проводимой в послеоперационном периоде терапии осуществлялся мониторинг ВБД в течение 3-х суток. Динамика показателей ВБД у этих больных представлена на рис. 4. Показатели ВБД у больных, оперированных по поводу ОНК, имела характерную динамику и зависела от степени тяжести пациентов: цифры ВБД прогрессивно нарастали в течение первых послеоперационных суток с $(8,2 \pm 1,3)$ и $(10,8 \pm 2,2)$ соответственно до $16,3 \pm 3,2$ и $(17,1 \pm 2,5)$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). В последующем на фоне проводимой интенсивной терапии ВБД снижалось и к 3-м суткам послеоперационного периода достигало $(9,3 \pm 1,5)$ и $(10,6 \pm 2,2)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Четырем пациентам, у которых причиной развития послеоперационного перитонита являлась перфорация резидуальных внутрибрюшных абсцессов в свободную брюшную полость после проведения стартовой инфузионной терапии выполнялась релапаротомия, санация брюшной полости растворами антисептиков дренирование зоны абсцесса и брюшной полости, ретроградная интубация тонкой кишки (у 2 больных через цекостому и в 2 случаях — через аппендикоцекостому).

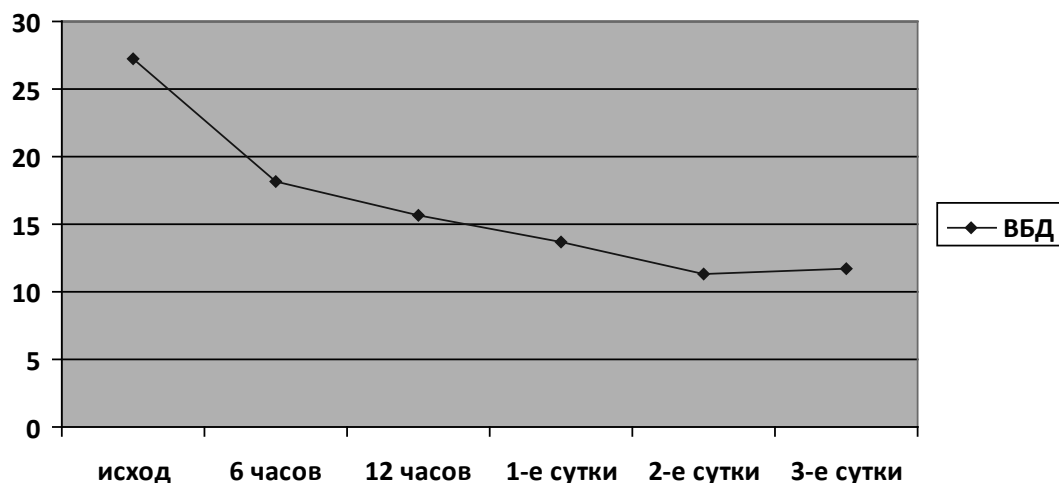


Рис. 3. Динамика изменений ВБД у больных, оперированных по поводу распространенного послеоперационного перитонита в режиме управляемой лапаростомы

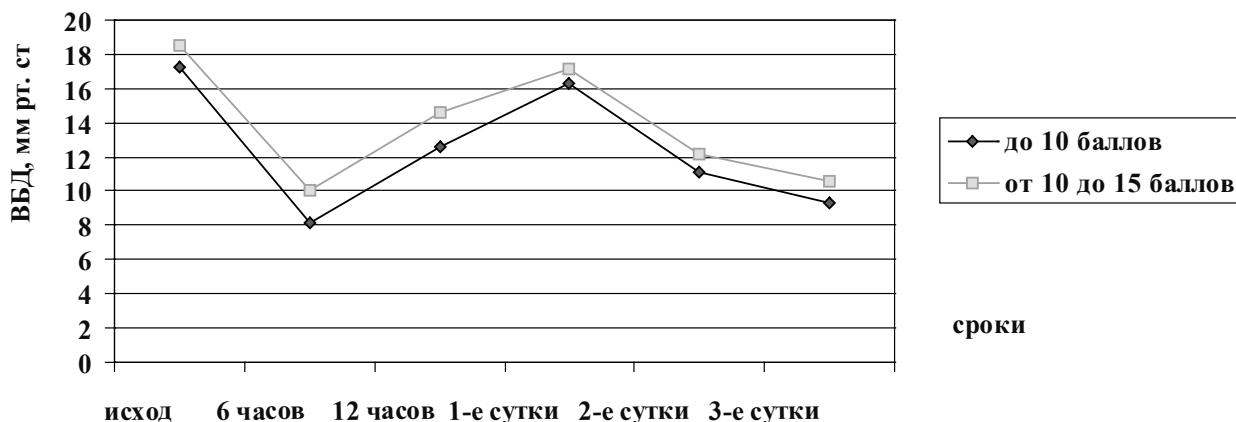


Рис. 4. Изменения ВБД (в мм рт. ст.) у больных, оперированных по поводу острой послеоперационной непроходимости кишечника, осложненной перитонитом

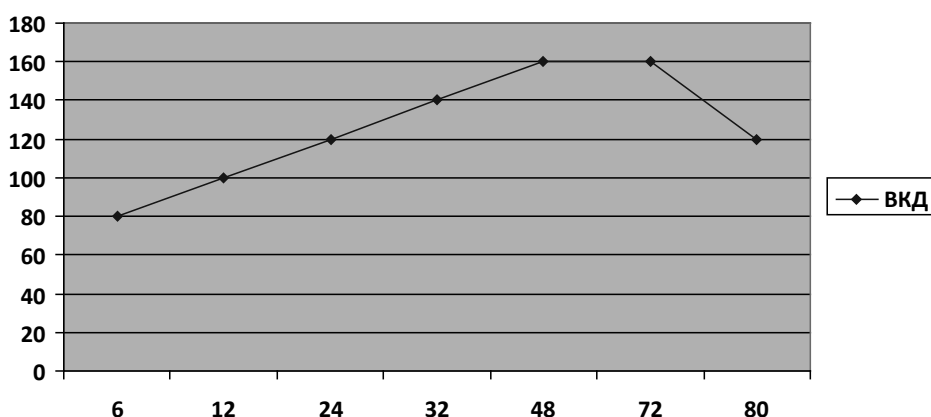


Рис. 5. Динамика изменений ВКД на фоне проведения интестинального лаважа и энтеросорбции

Цифры ВБД у больных, оперированных по поводу вскрывшихся в брюшную полость резидуальных абсцессов, зависели от степени тяжести пациентов: цифры ВБД прогрессивно нарастали в течение первых послеоперационных суток с $9,5 \pm 1,8$ и $(10,1 \pm 2,1)$ соответственно до $(15,7 \pm 1,7)$ и $(16,6 \pm 2,4)$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). В последующем на фоне проводимой интенсивной терапии ВБД снижалось и к 3-м суткам послеоперационного периода достигало $9,1 \pm 1,3$ и $9,6 \pm 1,8$ мм рт. ст. ($p < 0,01$).

В ближайшем послеоперационном периоде больным проводили интестинальный лаваж солевыми растворами, энтеросорбцию, селективную деконтаминацию кишечника (СДК) (по показаниям). Всем больным через 12–24 часа после операции, после стабилизации показателей гемодинамики, проводилось раннее энтеральное зондовое питание (РЭЗП) по разработанной в клинике схеме.

Интестинальный лаваж в раннем послеоперационном периоде проводили растворами антисептиков два раза в сутки на протяжении 3–5 суток.

У всех пациентов группы сравнения в ходе измерений было установлено, что в послеопе-

рационном периоде в тонкой кишке определяется повышение ВКД на протяжении первых 48–56 часов последующим снижением его уровня на протяжении последующих 12–20 часов (рис. 5). Через 10–20 мин после промывания интестинального зонда и отхождения промывных вод уровень ВКД снижается на $(27,0 \pm 3,3)$ мм вод. ст. Этот уровень сохранялся на протяжении 3–5 часов, после чего отмечено постепенное повышение уровня ВКД. В связи с этим считаем необходимым с целью поддержания декомпрессионного эффекта промывание зонда каждые 3–4 часа.

Таким образом, было установлено, что в раннем послеоперационном периоде ВКД имеет тенденцию к повышению, максимально до уровня $(160,0 \pm 9,22)$ мм вод. ст., а для коррекции ВКД эффективным является проведение интестинального лаважа каждые 3–4 часа.

СДК проводили с первых суток послеоперационного периода, применяли Гентамицин (320 мг/сут) или Ципрофлоксацин (1000 мг/сут), кратность введения – 4 раза в сутки, длительность – 3–5 суток.

У исследуемых больных мы придерживались принципов раннего физиологического

питання, включая использование специальных питательных смесей с продолжением энтеросорбции пастообразными сорбентами, не нарушающими моторику кишечника, per os.

На фоне проведения консервативной коррекции интраабдоминальной гипертензии и мероприятий по купированию энтеральной недостаточности как у больных с признаками интраабдоминальной гипертензии фоне проводимой интенсивной терапии отмечались нормальные показатели гемоглобина (в среднем соответственно до $(112,1 \pm 1,5)$ и $(100,1 \pm 1,2)$ г/л), содержания O_2 в артериальной (в среднем соответственно до $(17,43 \pm 1,7)$ и $(16,1 \pm 1,2)$ г/л мл/дл) и системной венозной крови (в среднем соответственно до $(13,26 \pm 0,81)$ и $(12,1 \pm 0,95)$ г/л мл/дл) (табл. 2). DO_2 поддерживалась на удовлетворительном уровне — соответственно $(675,1 \pm 23,4)$ мл/мин/м² и $(615,1 \pm 20,1)$ мл/мин/м² ERO_2 была нормальной и средний уровень ее приближался к нижней границе нормы (в среднем соответственно $(23,31 \pm 1,7)$ и $(20,31 \pm 1,3)$ %) на фоне нормальных показателей VO_2 (в среднем соответственно $(159,4 \pm 13,2)$ и $(152,8 \pm 12,4)$ мл/мин/м²).

Таблиця 2

Динамика показателей транспорта кислорода у больных с распространенным послеоперационным перитонитом на фоне консервативной коррекции интраабдоминальной гипертензии

Показатель	Тяжесть состояния по шкале APACHE II			
	от 10 до 20 баллов		более 20 баллов	
	до начала лечения	после лечения	до начала лечения	после лечения
Hb (г/л)	102,6±10,5	112,1±1,5	98,6±12,9	100,1±1,2
Сердечный индекс	3,1±0,3	4,85±0,2	2,11±0,15	3,6±0,1
C_aO_2 , (мл/дл)	14,8±2,1	17,43±1,7	11,2±2,4	16,1±1,2
$C_{a-v}O_2$, (мл/дл)	11,9±1,6	13,26±0,81	11,5±1,7	12,1±0,95
DO_2 , (мл/мин/м ²)	455,3±21,6	675,1±23,4	236,3±25,6	615,1±20,1
VO_2 , (мл/мин/м ²)	88,1±4,6	159,4±13,2	42,5±12,7	152,8±12,4
ERO_2	19,3±1,4	23,6±1,7	18,3±6,4	20,31±1,3

Среди пациентов первой подгруппы в одном случае (14,3 %) отменено нагноение послеоперационной раны, умерших не было.

Среди пациентов второй подгруппы в двух случаях (8,7 %) отмечено нагноение срединной раны, в одном случае (4,3 %) — эвентрация в срединную рану, у 3-х пациентов (13 %) — бронхо-легочные осложнения. Умерло 8 пациентов (34,8 %), причинами смерти в двух случаях была ТЭЛА, пятеро пациентов умерли на фоне явлений интоксикации и ПОН.

Среди пациентов третьей подгруппы течение послеоперационного периода в одном случае (9,1 %) осложнилось развитием тонкокишечного свища, что потребовало оперативного лечения, в 3-х случаях (27,3 %) отмечены бронхо-легочные осложнения, осложнения со стороны передней брюшной стенки были у 5 (45,4 %) больных, экстраабдоминальные осложнения отмечены в 4 (36,4 %) случаях. Летальность в этой подгруппе составила 63,6 % (умерло 7 больных). Причинами смерти в 6 случаях послужила некорректируемая ПОН, в 1 случае — ТЭЛА.

Общее число послеоперационных осложнений составило 39%, при этом экстраабдоминальные осложнения составили 19,5 %; общая летальность в исследуемой группе пациентов была 36,6 %.

Выводы

Таким образом, хирургическое лечение распространенного послеоперационного перитонита должно выполняться после интенсивной предоперационной подготовки, включать ликвидацию, а при невозможности — максимальное отграничение источника инфекции, обязательную интубацию кишечника с выполнением во время операции интестинального лаважа и энтеросорбции, лаважа брюшной полости и ее дренирование по Петрову с последующей чреззондовой энтеральной поддержкой. У всех больных с послеоперационным перитонитом необходимо осуществлять мониторинг ВБД, что позволяет избрать адекватный способ закрытия раны, а также осуществлять хирургические или медикаментозные способы коррекции ВБГ в зависимости от сложившейся ситуации.



ЛИТЕРАТУРА

1. Антибактериальная терапия больных с инфицированным некротическим панкреатитом. / В. Ф. Саенко, С. П. Ломоносов, В. И. Зубков [и соавт.] // Кліні. хірургія. — 2000. — № 8. — С. 5–8.
2. Гельфанд Е. Б. Абдоминальный сепсис. / Е. Б. Гельфанд, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 11. — С. 697–706.
3. Распространенный гнойный перитонит. / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, С. Н. Тесленко, А. В. Сивожелезов. — Х. : Прапор, 2008. — 280 с.
4. Тактика и техника коррекции энтеральной недостаточности при перитоните и острой кишечной непроходимости. / В. Т. Зайцев, И. А. Криворучко, М. П. Брусницына [и соавт.] // Кліні. Хірургія. — 1999. — № 11. — С. 36–38.
5. Савельев В. С. Абдоминальная хирургическая инфекция. Российские национальные рекомендации / Под ред. В. С. Савельева и Б. Р. Гельфанда. — М., 2011. — 99 с.
6. Immune paralysis of T-lymphocytes and monocytes in postoperative abdominal sepsis. Correlation of immune function with survival / C.D. Heidecke, H. Weighardt, T. Hensler [et al.] // Chirurg. — 2000. — № 71 (2). — P. 159–165.
7. Immunosuppressive mechanism in protein-caloric malnutrition / H. P. Redmond, J. Shou, C. J. Kelly [et al.] // Surgery. — 1991. — № 110 (2). — P. 311–318.
8. Severity stratification and outcome prediction for multisystem organ failure and dysfunction. / J. E. Zimmerman, W. A. Knaus, X. Sun, D. P. Wagner // World J. Surg. — 1996. — № 20 (4). — P. 401–405.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

В. В. Бойко, І. А. Криворучко, Ю. В. Іванова, С. О. Савві, Є. В. Мушенко, А. Н. Гамідов, М. С. Повеліченко

Резюме. Аналізуються результати хірургічного лікування 41 хворого на абдомінальний сепсис після операцій на органах черевної порожнини. Авторами обґрунтована доцільність використання сучасної класифікації септичних синдромів, оскільки критерії, які лежать в основі їх визначення, дозволяють оцінити важкість стану пацієнтів, прогностичні орієнтири та динаміку патологічного процесу. Комплексне хірургічне лікування, яке включає адекватну санацію патологічного осередку, раціональну антимікробну терапію, респіраторну, циркуляторну й метаболічну підтримку, дозволяє суттєво поліпшити результати лікування тяжкої категорії хворих.

Ключові слова: післяопераційний перитоніт, релапаротомія, лікування.

COMPLEX TREATMENT OF POSTOPERATIVE PERITONITIS

V. V. Boyko, I. A. Krivoruchko, Y. V. Ivanova, M. S. Povelichenko, S. A. Savvi, E. V. Mushenko, A. N. Gamidov, M. S. Povelichenko

Summary. The results of surgical treatment of 41 patients with postoperative abdominal sepsis are analyzed in the article. The authors have been established advisability of using of the modern classification of septic syndromes because criteria laying in the base of their determination allow to evaluate the severity of patient's condition prognostic orientations and dynamics of pathological process. The complex surgical treatment including adequate sanitation of pathological focus, rational antimicrobial therapy, respiratory, circulatory and metabolic support allows to improve essentially the results of the treatment of this difficult category of patients.

Key words: postoperative peritonitis, relaparotomy, treatment.