

ФОЯГИИ МУЗМИНИ ВАРИДИИ ПОЙҶОИ ПОЁН

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши самаранокии усули SEPS зимни муолиҷаи НМВ-и андомҳои поёнӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз соли 2003 то имрӯз дар «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» 27 бемори гирифтӣ ба НМВ-и андомҳои поёнӣ бо сабаби бемории варикозӣ ва пасазтромбофлебозӣ қарор доштанд ва дар мавриди онҳо диссексияи эндоскопии варидҳои нуфузкунандаи соқ ба амал оварда шуд. Аз 27 бемор 17 нафар мард ва 10 нафар зан буданд. Синни миёнаи беморон 39 солро ташкил меод.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Ҳангоми иҷрои ҷарроҳии Линтон-Фелдер басомади оризаҳои пасазҷарроҳӣ дар шакли римӣ-некрозӣ (то 20%-и ходисаҳо) ҳуномос, лимфорея мушоҳида мегардид. Навъҳои дигари оризаҳо афзуда, ба ҳамин восита барои ба муддати мадид бистарӣ гардидани бе-

мор дар статсионар ва бад шудани ҳолати бемор мусоидат менамуданд. Ҳангоми ба қор бурдани усули ташреҳи эндоскопии варидҳои шиқофанда (SEPS) зимни НМВ ба амал оварда мешавад: ба таври ҷарроҳӣ пурра бартараф кардани рефлюкси патологӣ вариду варидӣ ва ба бофтаҳои атроф камтар осеб расонидан. Ба ҳамин восита ноил гардидан ба натиҷаи хуби косметикӣ ва беҳтар сохтани сифати умри бемор.

Ҳулоса: Ҳангоми ба амал овардани усули эндоскопии диссексияи варидҳои нуфузкунанда (SEPS) ҳам зимни БВ ва ҳам зимни БПТФ НМВ бартараф мешавад. Пешгирии зинаи асосии патогенези беморӣ, камосебӣ, натиҷаи хуби косметикӣ, хатари минималии оризаҳои римӣ-некрозии пасазҷарроҳӣ, аз ҳисоби кам кардани муҳлати реабилитатсияи беморон самарани зиёди иқтисодӣ афзалияти асосии усули мазкур ба шумор меравад.

Калимаҳои калидӣ. Нокифоягии музмини варидӣ, бемории варикозӣ, бемории пасазтромбозӣ, сканиркунии дуплексӣ.

УДК 616.381-002-079

А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Кафедра хирургических болезней №1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Сараев Алишер Рахматуллоевич - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита за счёт оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 266 больных с тяжёлыми формами распространённого перитонита, которые были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с распространённым перитонитом в стадии абдоминального сепсиса. Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных в стадии септического шока. Больные обеих групп были подвергнуты релапаротомии (по требованию или по программе).

Результаты исследования и их обсуждение. Летальность при применении тактики «релапаротомия по требованию» составила 40,5%, а при применении тактики «программированная релапаротомия» – 62,5%. У тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока смертность составила 69,2% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 58,8% в группе, где выполнялась программированная релапаротомия.

Заключение. В стадии абдоминального сепсиса релапаротомия по требованию является более предпочтительным методом. Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости.

Ключевые слова: распространённый перитонит, абдоминальный сепсис, септический шок, релапаротомия по требованию, программированная релапаротомия.

A.R. Saraev, Sh.K. Nazarov, S.G. Alizade

TREATMENT OF SEVERE FORMS OF GENERALIZED PERITONITIS

Department of Surgical Diseases №1, State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

Saraev Alisher Rakhmatulloevich - candidate of medical sciences, docent of the department of surgical diseases No.1 of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University", 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave., Tel.: (+992) 918-65-05-40, E-mail: dr.saraev@mail.ru

Aim. To improve the results of treatment of patients with severe forms of generalized peritonitis by optimization of surgical tactics.

Materials and methods. The results of the treatment of 266 patients with severe forms of generalized peritonitis, which were divided into two groups, were analyzed. The 1st group consisted of 140 (61.9%) patients with generalized peritonitis in the stage of abdominal sepsis. The 2nd group included 86 (38.1%) patients in the stage of septic shock. Patients of both groups underwent relaparotomy (on-demand or programmed).

Results and discussion. The mortality of patient that underwent "relaparotomy on-demand" was 40.5%. For patients who underwent "programmed relaparotomy," it was 62.5%. For patients in the group of relaparotomy on-demand with severe generalized peritonitis in a stage of the septic shock, the mortality was 69.2% versus 58.8% for patients in the group of programmed relaparotomy.

Conclusion. In the stage of abdominal sepsis, relaparotomy on demand is a method of choice. For severe patients with generalized peritonitis in the stage of septic shock, the use of a programmed relaparotomy approach with repeated abdominal sanitation is indicated.

Keywords: generalized peritonitis, abdominal sepsis, septic shock, relaparotomy on-demand, programmed relaparotomy.

Актуальность. Вопросы тактики хирургического лечения запущенных форм распространённого перитонита (РП) в настоящее время являются предметом дискуссии среди хирургов [2, 8]. Несмотря на то, что прогресс в медицинском обслуживании населения очевиден, показатели летальности при данной патологии за последние годы упали лишь незначительно, и варьируют по данным отечественных и зарубежных хирургов, от 30% до 70% [4, 6, 11, 13], хотя по распространённости перитонит составляет от 3 до 13% от числа хирургических заболеваний и до 80% от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Нередко хирурги вынуждены прибегать к повторным вмешательствам, чтобы справиться с последствиями интраабдоминальной инфекции. В этом аспекте существуют два основных подхода к этой проблеме: релапаротомия по требованию и запрограммированная релапаротомия. В последнюю входят также стратегии «damage control» и «лапаростомия».

Тактика программируемой релапаротомии предусматривает проведение этапных санаций каждые 2–3 дня до тех пор, пока брюшная полость макроскопически не будет свободной от инфекции («чистой»), независимо от клинического состояния пациента [3, 7]. На первый взгляд данная стратегия имеет преимущество раннего выявления и лечения ареактивного персистирующего перитонита или вновь сформированных гнойно-вос-

палительных очагов, но на самом деле это лишь приводит к увеличению количества ненужных релапаротомий [5].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с распространённым перитонитом путём применения разработанного алгоритма выбора оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 226 больных с тяжёлыми формами РП, которые находились на лечении в хирургических отделениях и отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) крупных лечебных учреждений Республики Таджикистан в течение 10 лет, с февраля 2009 по декабрь 2018 года, и которые подлежали релапаротомии. Из 226 пациентов мужчин было 129 (57,1%) женщин 97 (42,9%), а их возраст составлял от 35 до 76 лет. Средний возраст пациентов составил $53,8 \pm 1,2$ года. Все пациенты были подвергнуты лапаротомии в экстренном порядке, а в дальнейшем «релапаротомии по требованию» или «программированной релапаротомии» с этапными санациями брюшной полости. Всего умерших было 124, летальность составила 54,9%. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале АРАСНЕ II. Тяжесть перитонита исходно определяли по Мангеймскому индексу перитонита (МИП) и Индексу перитонита (ИП), разработанной в нашей клинике. Основными причинами РП являлись: перфоративные гастродуоденальные

Таблица 1

**Варианты ведения брюшной полости при РП
в стадии абдоминального сепсиса**

Хир. тактика	Кол-во пациентов	%	Умерло	Летальность%
РТ	84	60	34	40,5
ПР	56	40	35	62,5*
всего	140	61,9**	69	49,3

Примечание: * $p < 0,05$ – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2); РТ – релапаротомия по требованию; ПР – программированная релапаротомия; МИП – Мангеймский индекс перитонита; ИП – индекс перитонита.

**% - от общего количества больных (n=226).

Таблица 2

**Варианты ведения брюшной полости при РП
в стадии септического шока**

Хир. тактика	Кол-во пациентов	%	Умерло	Летальность%
РТ	52	60,4	36	69,2
ПР	34	39,6	19	55,9*
всего	86	38,1**	55	64,0

Примечание: * $p = 0,21$ – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2); РТ – релапаротомия по требованию; ПР – программированная релапаротомия; МИП – Мангеймский индекс перитонита; ИП – индекс перитонита.

**% - от общего количества больных (n=226).

язвы, острый аппендицит и послеоперационный перитонит. На долю этих причин приходилось половина всех случаев РП. Немалое значение среди причин перитонита имели нарушение целостности (в том числе и перфорации) тонкой и толстой кишки различного генеза, а также опухоли толстой кишки. Больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с РП в стадии абдоминального сепсиса (АС). Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных с РП в стадии септического шока (СШ). Разделение по стадиям произведено согласно предложенной нашей клиникой классификации. Больные обеих групп были подвергнуты релапаротомии (по требованию или по программе).

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи электронных таблиц «Excel» и прикладной программы «Statistica 6,0». Проводилась первичная математическая обработка с вычислением средних значений полученных данных; определялись числовые характеристики выборочных переменных (среднее, стандартное отклонение), оценка точности выборочных переменных (стандартная ошибка). Достоверность различий определялась по критериям Стьюдента и Фишера при нормальном распределении сравнительных рядов, и по критериям Манна-Уитни и χ^2 при рядах, отличающихся ненормальным распределением.

Результаты исследования и их обсуждение.

В целях оценки эффективности той или иной хирургической тактики все больные были разделены на две группы: 1-ю группу составили 140 (61,9%) больных с РП в стадии АС (табл. 1). По шкале АРАСНЕ II средний балл больных данной группы составил $17,7 \pm 1,3$, по МИП – $22,6 \pm 2,7$ и по ИП – $18,9 \pm 1,1$, летальность составила при этом 49,3%. У 84 (60%) больных этой группы релапаротомия была применена «по требованию», у 56 (40%) – по программе. Летальность в группе больных с тактикой «релапаротомия по требованию» (РТ) составила 40,5%, а в группе с тактикой «программированная релапаротомия» (ПР) – 62,5%.

Во 2-ю группу вошли 86 (38,1%) больных с РП в стадии СШ (табл. 2). По шкале АРАСНЕ II средний балл больных данной группы составил $20,5 \pm 1,2$, по МИП – $24,1 \pm 3,2$ и по ИП – $20,7 \pm 1,3$. Смертность составила 64%. У 52 (60,4%) больных этой группы релапаротомия была применена «по требованию», у 34 (39,6%) – по программе. Летальность в группе больных с тактикой РТ составила 69,2% (36/52), а в группе с ПР – 55,9%.

Анализ данных хирургического ведения больных с тяжелыми формами распространенного перитонита привёл к следующим результатам.

Для больных с распространенным перитонитом в стадии абдоминального сепсиса (оценка по шкале АРАСНЕ II – $17,7 \pm 1,3$ баллов), неблагоприятный исход больше отмечался у больных, которым выполнялась запрограммированная релапаротомия (табл.1). Летальность составила 40,5% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 62,5% в группе, где выполнялась программированная релапаротомия ($p < 0,005$). Такой вывод противоречит широко распространенному среди хирургов мнению о преимуществах программированной релапаротомии. Еще одна неподтвержденная догма заключается в том, что планировать релапаротомию неизменно следует лишь в случаях калового перитонита при первичной лапаротомии. Летальность при программированной релапаротомии оказывается выше, чем при релапаротомии по требованию при распространенном гнойном или каловом перитоните.

в стадии абдоминального сепсиса.

Пациентам, подвергавшимся релапаротомии по требованию выполнялось меньшее количество релапаротомий 115 (31x2+53) против 150 (23x2+28x3+5x4) в группе с запланированными релапаротомиями; 63,1% (53/84) пациентов с релапаротомиями по требованию никогда не нуждались в этапных санациях. Более того, процент «напрасных» релапаротомий (нет сохранившегося или вновь сформированного гнойно-воспалительного очага) был ниже в группе «по требованию» 4,3% (3/62+2/53) против 7,3% (4/46+6/84+1/20) в группе больных с релапаротомиями по программе. «Напрасная релапаротомия» считается не только бесполезной, но даже опасной для пациента. Отбор пациентов для вмешательства с помощью компьютерной томографии (КТ) теоретически может способствовать дальнейшему снижению доли «напрасных» релапаротомий при применении тактики по требованию. Кроме того, необходимо всегда помнить о большом значении адекватности дренирования области жидкостных скоплений при первичной лапаротомии, что также может умень-

шить потребность в релапаротомии.

Результаты наших исследований указывают на то, что при отсутствии септического шока при распространённом перитоните релапаротомия по требованию является более предпочтительным методом, нежели запланированная релапаротомия. Несмотря на выявленные преимущества релапаротомии по требованию, запланированные релапаротомии все еще выполняются сегодня хирургами. Однако необходимо определиться с критериями для выполнения данной, не всегда показанной, процедуры.

Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока (оценка по шкале APACHE II - $20,5 \pm 1,2$ баллов), тактика запрограммированной релапаротомии оказалась востребованной (табл.2).

Смертность составила 69,2% в группе больных, подвергшихся релапаротомии по требованию против 58,8% в группе, где выполнялась запрограммированная релапаротомия ($p=0,21$). Таким образом, больным в стадии септического шока, когда в брюшной полости зачастую обнаруживаются

Таблица 3

Алгоритм выбора тактики лечения тяжёлых форм распространённого перитонита



сочетание гнойного, адгезивного, воспалительно-инфильтративного процесса нередко с формированием абсцессов, показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости.

По результатам исследования составлен алгоритм выбора тактики ведения брюшной полости в послеоперационном периоде, основу которого составляет разделение больных по баллам «индекса перитонита» (табл 3).

При отсутствии улучшения в состоянии пациентов в послеоперационном периоде или его ухудшении, при отсутствии грубых фибринозных наложений на петлях кишечника и адгезивных процессов в брюшной полости при первичной операции, решение должно приниматься в пользу релапаротомии по требованию. При наличии фибринозно-адгезивных изменений на фоне гнойного процесса и клинических признаках септического шока при первичной операции целесообразно запланировать этапные санации брюшной полости, количество которых будет зависеть от динамики патоморфологических изменений в брюшной полости. Показаниями ко второй и последующим санационным релапаротомиям будут:

- формирующиеся абсцессы брюшной полости;
- более 500 мл гнойного выпота;
- анаэробный выпот, независимо от его количества.

При технической доступности можно использовать «комбинированный метод» – сочетание полужакрытого (традиционного) способа с программированными видеолaparоскопическими санациями брюшной полости.

Заключение. Для тяжёлых больных с распространённым перитонитом в стадии септического шока, когда в брюшной полости зачастую обнаруживаются сочетание гнойного, адгезивного, воспалительно-инфильтративного процесса нередко с формированием абсцессов, показано применение тактики программированной релапаротомии с этапными санациями брюшной полости. Алгоритм, составленный по результатам исследования, поможет в выборе оптимальной хирургической тактики при тяжёлых формах распространённого перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10 см. в REFERENCES)

1. Винник Ю.С. Динамика системного воспаления при этапном лечении распространённого

гнойного перитонита / Ю.С. Винник, Д.Э. Здитовский // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - №1(4). - С. 40-44.

2. Галимзянов Ф.В. Результаты хирургического лечения больных третичным перитонитом с тяжёлым абдоминальным сепсисом / Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Т.М. Богомягкова, О.П. Лазарева // Вестник уральской медицинской академической науки. - 2011. - №4 (37). - С. 29-34.

3. Гольбрайх В.А. Сочетанная травма органов брюшной полости: современные подходы к стандартизации, лечебно-диагностические алгоритмы. Московский хирургический журнал / В.А. Гольбрайх, Ю.П. Савченко, А.Г. Арутюнян // - 2019. - № 3 (67). - С. 68-76.

4. Даминова Н.М. Этиопатогенез, классификация, диагностика и лечение послеоперационного перитонита / Н.М. Даминова, З.Х. Газиев, М.Б. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - №4. - С.65-74.

5. Жидков С.А. Прогнозирование необходимости повторной санации брюшной полости при лечении распространённого перитонита / С.А. Жидков и др // Новости хирургии. - 2010. - № 2(18).- С. 50-55.

6. Курбонов К.М. Эндовидеохирургические технологии в хирургии повреждений груди и живота / К.М. Курбонов, Ш.Б. Полвонов, Н.М. Даминова // Здравоохранение Таджикистана. - 2020. - №1. - С. 28-33.

7. Маскин С.С. Программные и экстренные релапаротомии в лечении распространённого перитонита / С.С. Маскин, и др // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2012. - № 4 (44). - С. 105-107.

8. Маскин С.С. Основы дифференцированного подхода к лечению перитонита толстокишечного генеза / С.С. Маскин, и др // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2017. - №1. - С.17-23.

9. Черданцев Д.В. Вакуум-ассистированная лапаротомия при лечении распространённого гнойного перитонита / Д.В. Черданцев, О.В. Первова, В.А. Шапкина // В мире научных открытий. - 2015. - №2(72). - С.517-531.

REFERENCES

1. Vinnik Yu. S. Dinamika sistemnogo vospaleniya pri etapnom lechenii rasprostranyonnogo gnoynogo peritonita [The dynamics of systemic inflammation in the treatment of common purulent peritonitis in stages]. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khi-*

rurgii – *Bulletin of experimental and clinical surgery*, 2011, No. 1 (4), pp. 40-44.

2. Galimzyanov F. V. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya bolnykh tretichnym peritonitom s tyazheym abdominalnym sepsisom [The results of surgical treatment of patients with tertiary peritonitis with severe abdominal sepsis]. *Vestnik uralskoy meditsinskoy akademicheskoy nauki – Bulletin of the Ural medical academic science*, 2011, No. 4 (37), pp. 29-34.

3. Golbraykh V. A. Sochetannaya travma organov bryushnoy polosti: sovremennyye podkhody k standartizatsii, lechenno-diagnosticskiye algoritmy [Combined trauma of abdominal organs: modern approaches to standardization, diagnostic and treatment algorithms]. *Moskovskiy khirurgicheskoy zhurnal – Moscow Surgical Journal*, 2019, No. 3 (67), pp. 68-76.

4. Daminova N. M. Etiopatogenez, klassifikatsiya, diagnostika i lecheniye posleoperatsionnogo peritonita [Etiopathogenesis, classification, diagnosis and treatment of postoperative peritonitis]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 4, pp. 65-74.

5. Zhidkov S. A. Prognozirovaniye neobkhodimosti povtornoy sanatsii bryushnoy polosti pri lechenii rasprostranyonnogo peritonita [Prediction of the need for repeated sanitation of the abdominal cavity in the treatment of common peritonitis]. *Novosti khirurgii – News of surgery*, 2010, № 2(18), pp. 50-55.

6. Kurbonov K.M. Endovideokhirurgicheskiye tekhnologii v khirurgii povrezhdeniy grudi i zhivota [Endovideo surgical technology in surgery for injuries of the chest and abdomen], *Zdravookhraneniye Tadjikistana. Healthcare of Tajikistan*, - 2020. - No. 1. - S. 28-33.

7. Maskin S. S. Programmnyye i ekstrennyye relaparotomii v lechenii rasprostranennogo peritonita [Program and emergency relaparotomy in the treatment of common peritonitis]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta – Bulletin of the Volgograd State Medical University*, 2012, No. 4 (44), pp. 105-107.

8. Maskin S. S. Osnovy differentsirovannogo podkhoda k lecheniyu peritonita tolstokishechnogo geneza [The basics of a differentiated approach to the treatment of colon peritonitis]. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii – Bulletin of surgical gastroenterology*, 2017, No. 1, pp.17-23.

9. Cherdantsev D. V. Vakuu-assistirovannaya laparostoma pri lechenii rasprostranennogo gnoynogo peritonita [Vacuum-assisted laparostomy in the treatment of common purulent peritonitis]. *V mire nauch-*

nykh otkrytiy – In the world of scientific discoveries, 2015, No. 2 (72), pp. 517-531.

10. Scriba M. F., Laing G. L., Bruce J. L., Clarke D. L. Repeat laparotomy in a developing world tertiary level surgical service. *American Journal of Surgery*, 2015, Vol. 210 (4), pp. 755-8.

ХУЛОСА

А.Р. Сараев, Ш.Қ. Назаров, С.Г. Ализода

УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ШАКЛҲОИ ВАЗНИНИ ПЕРИТОНИТИ ПАҲНГАШТА

Мақсади тадқиқот. Бехтаркунии натиҷаҳои табобати беморон бо шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта аз ҳисоби оптимизатсияи тактикаи ҷарроҳӣ.

Мавод ва усули таҳқиқот. Натиҷаҳои табобати 266 бемор бо шаклҳои вазнини перитонити паҳнғашта, ки ба ду гурӯҳ тақсим карда шуданд: гурӯҳи аввалро 140 (61,9%) бемор, гирифтори перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ ташкил доданд. Ба гурӯҳи дуввум 86 (38,1%) бемор дар марҳилаи шоки септикӣ дохил буданд. Ба беморони ҳар ду гурӯҳ релапаротомия (талаботӣ ва барномавӣ) иҷро карда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Барои гурӯҳи беморон бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ оқибати нохуш бештар дар бемороне мушоҳида мешуд, ки релапаротомияи барномавӣ гузарондаанд. Ҳангоми истифодабарии тактикаи “релапаротомияи талаботӣ” фавтнокӣ 40,5%-ро ташкил медиҳад, ва ҳангоми истифодабарии тактикаи “релапаротомияи барномавӣ” фавтнокӣ 62,5%-ро ташкил дод. Дар беморони вазнин бо перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ дар гурӯҳи беморон, ки релапаротомияи талаботӣ гузаронданд, фисати фавтнокӣ то ба 69,2% расид, муқобили 58,8% дар гурӯҳи релапаротомияи барномавӣ. Тактикаи релапаротомияи барномавӣ дар ин гурӯҳ афзалтар аст.

Хулоса. Дар марҳилаи сепсиси абдоминалӣ усули “релапаротомияи талаботӣ” афзалтар мебошад. Барои беморони вазнини мубталои перитонити паҳнғашта дар марҳилаи шоки септикӣ истифодабарии тактикаи релапаротомияи барномавӣ бо поксозии давравии ковокии шикам бехтар аст.

Калимаҳои калидӣ: перитонити паҳнғашта, сепсиси абдоминалӣ, шоки септикӣ, релапаротомияи талаботӣ, релапаротомияи барномавӣ.