

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д 14.22.650**

На правах рукописи  
УДК 617.55:616.381-002-031.84-089

**Туратбекова Каныкей Туратбековна**

**СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ,  
ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ И МЕРЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ**

14.01.17 - хирургия

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек – 2023**

Работа выполнена на кафедре хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

**Научный руководитель:** **Мусаев Акылбек Инаятович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
главный врач Городской клинической  
больницы №1 города Бишкек

**Официальные оппоненты:** **Эраалиев Бейшенбек Ашимович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий отделением гнойной хирургии  
Национального хирургического центра  
Министерства здравоохранения Кыргызской  
Республики

**Мамышов Алмазбек Жумабекович**  
кандидат медицинских наук,  
врач-хирург гнойного отделения  
Национального госпиталя Министерства  
здравоохранения Кыргызской Республики

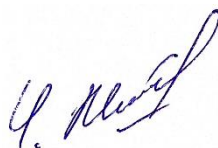
**Ведущая организация:** Международная высшая школа медицины,  
кафедра хирургических дисциплин (700254,  
г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1).

Защита диссертации состоится «27» июня 2023 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре МЗ Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: [https://vc.vak.kg/b/d\\_1-xar-5tx-9lo](https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан «25» мая 2023 года.

**Ученый секретарь**  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент



**М. Б. Чапыев**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Одной из труднейших проблем в абдоминальной хирургии является лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, осложненных местным или общим перитонитом. Это обусловлено целым рядом причин: характером микрофлоры, иммунобиологической реактивностью, возрастом, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, сердечно-сосудистые и легочные заболевания в стадии декомпенсации и др.), сроком госпитализации и сроком выполненных операций - на что указывают многие исследователи [В. В. Вахидов и соавт., 1986; Б. Д. Савчук, 1986; В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, 2010; В. С. Савельев, 2012; А. А. Сопуев и соавт., 2017; Ю. В. Плотников и соавт., 2017; F. Ratzinger, 2013].

Кроме увеличения роста многих заболеваний, наблюдается и повышение количества больных с такими осложнениями, как возникновение перитонита, сепсиса и полиорганной недостаточности, которые существенно влияют на течение послеоперационного периода и исход заболевания [Ю. И. Белокуров, В. В. Рыбачков, 2000; С. Ю. Городов, В. И. Вторенко, 2008; В. А. Руднов и соавт., 2016; Н. А. Бархатова, 2017; К. С. Сыдыгалиев и соавт., 2018; M. Sartelli, M. Bassetti, 2018].

Наиболее частыми причинами развития перитонита являются деструктивный аппендицит (35-40%), перфорация дуоденальных язв (10-14%), ущемление грыжи (1-2%), кишечная непроходимость (5-8%), острый деструктивный холецистит (3-6%) и заболевание органов малого таза [Э. А. Тилеков и соавт., 2000; М. М. Мамакеев и соавт., 2004; П. Е. Пермяков и соавт., 2010; А. Р. Сараев и соавт., 2010; Е. В. Уткин, 2010; П. М. Нурмагомедова и соавт., 2011; Г. В. Родоман и соавт., 2012].

При возникновении перитонита наблюдается целый ряд нарушений, которые необходимо устранить в процессе лечения, так как удаление основного очага инфекции не предотвращает прогрессирования воспалительного процесса, который в свою очередь приводит к возникновению ряда осложнений: паралитическая кишечная непроходимость, ранняя спаечная непроходимость, кишечные свищи, несостоятельность анастомоза, плевро-легочные осложнения и др., которые приводят к полиорганной недостаточности, как основной причине смерти больных [Р. А. Оморев и соавт., 2009; Э. У. Алыбаев и соавт., 2016; G. H. Wittmann, 2011; F. Ratzinger, 2013; S. A. Rathen et al., 2013].

В последние годы уделено внимание синдрому системной воспалительной реакции, как основному показателю метаболических нарушений, имеющих место при воспалительных заболеваниях и при их осложнении местным или общим перитонитом, любого генеза [А. Е. Машков и соавт., 2014; А. И. Мусаев, У. Э. Усубакунов, 2016; S. A. Eming et al., 2007; L. M. Almedta, S. Diniz-Ldos,

2013]. Каждое заболевание, при котором возникает перитонит имеет свои особенности (острый аппендицит, острый холецистит, неспецифическая язва и др.), а вот фон, на котором возникает синдром системной воспалительной реакции остается одним [А. А. Фурсов и соавт., 2008; С. С. Капсанов и соавт., 2015; Н. А. Бархатова, 2017; P. Danat, G. S. Martin, 2005; M. S. Herridse, S. M. Tansey, 2011; B. H. Cuthbersth et al., 2013].

Все исследователи отмечают, что коррекция синдрома системной воспалительной реакции должна быть комплексной, с учетом нарушений коагуляционных свойств, коррекции электролитов, воспалительного процесса, функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта и др. [М. Н. Кузин, 2000; Ю. М. Гаин, 2001; И. Д. Лиханов, В. Л. Цепелев, 2007; В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд, 2010; K. Bossche et al., 1997]. И несмотря на множество использованных мер коррекции и лечение перитонита, летальность колеблется от 8 до 26%.

В литературе имеются сообщения, в основном обзор в которых изложена значимость синдрома системной воспалительной реакции [К. С. Сыдыгалиев и соавт., 2018], а что касается результатов клинических исследований, то они малочисленны и противоречивы [П. Е. Пермяков и соавт., 2010; С. Н. Гриценко, С. Н. Корогод, 2013; V. M. Lapanieilmi, 2012], что и явилось основанием для данного исследования.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Тема инициативная.

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения заболеваний органов брюшной полости, осложненных перитонитом, за счет коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту признаков синдрома системной воспалительной реакции при заболеваниях органов брюшной полости, осложненных перитонитом.
2. Разработать меры коррекции синдрома системной воспалительной реакции с применением лимфогенных технологий с учетом очага воспаления (аппендицит, холецистит, кишечная непроходимость и др.)
3. Разработать алгоритм коррекции синдрома системной воспалительной реакции.
4. Дать оценку использованным методам коррекции.

**Научная новизна полученных результатов:**

1. Определены показатели синдрома системной воспалительной реакции при заболеваниях органов брюшной полости, осложненных перитонитом.

2. Обоснованы методы коррекции синдрома с использованием медикаментозных средств, лимфогенных технологий и инфракрасного излучения.

3. Построен алгоритм коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

4. Дана оценка методам коррекции синдрома, подтвердившая ценность использованного нами способа коррекции при осложнении острых заболеваний органов брюшной полости местным или общим перитонитом.

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

1. Полученные результаты определения синдрома системной воспалительной реакции позволили своевременно определить тяжесть состояния больных, наметить объем лечения (*акт внедрения ГKB №1 г. Бишкек от 20.10.2022 г.*) и внедрены в материалы учебного процесса КГМА им. И.К. Ахунбаева (*акт внедрения КГМА им. И.К. Ахунбаева от 20.10.2022 г.*).

2. Разработанные методы коррекции дают возможность оценить результаты использованных мер коррекции синдрома системной воспалительной реакции, что определяет необходимость их включения в процессе лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями, осложненных перитонитом на которые получены рационализаторские предложения №26/2021 «Способ коррекции синдрома системной воспалительной реакции при ограниченном перитоните» при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 12.05.2021 года; №25/2021 «Способ коррекции синдрома воспалительной реакции при остром панкреатите» при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 23.04.2021 года; №63/2022 «Способ нутритивной поддержки при разлитом перитоните» при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 02.12.2022 года; №64/2022 «Способ местной детоксикационной терапии при разлитом перитоните» при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 02.12.2022 года.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. В лечении больных острыми хирургическими заболеваниями, осложненными перитонитом в момент поступления и в процессе лечения определять показатели синдрома системной воспалительной реакции.

2. Разработанные методы коррекции синдрома системной воспалительной реакции позволяют снизить частоту осложнений и летальности.

**Личный вклад соискателя.** Включает обследование больных при поступлении в клинику с использованием определения признаков синдром системной воспалительной реакции, совершенствование определения объема и метода коррекции и оценки результатов лечения. Анализ полученных результатов, разработку выводов и практических рекомендаций, статистическую обработку выполнен лично аспирантом.

**Апробация результатов диссертации:** основные положения

диссертационной работы доложены и обсуждены на: Научно - практической конференции молодых ученых «Дни–науки КГМА-2019», посвященной 80-летию ВУЗа (Бишкек, 2019); Научно - практической конференции молодых ученых «Дни-науки КГМА-2020», посвященной 50-летию научной базы КГМА в Тоо-Ашуу (ВНУЛЦ им. акад. А. Раимжанова, Бишкек, 2020); Международном научном форуме «Дни-науки КГМА им. И.К. Ахунбаева-2021 года», посвященной профилактике, диагностике и лечению COVID-19 (Бишкек, 2021).

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** По теме диссертации опубликовано 5 научных статей, из них 2 в научных изданиях, индексируемых системами РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1 и 3 – вошедших в Перечень рецензируемых научных периодических изданий НАК ПКР.

**Структура и объем и диссертации:** Диссертационная работа изложена на 120 страницах электронного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица (шрифт 14, интервал 1,5), на русском языке и состоит из введения, главы обзора литературы, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложения. Диссертация иллюстрирована 22 рисунками и 24 таблицами. Список использованной работы включает 177 литературных источников, из них 56 работ авторов дальнего зарубежья.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** представлена актуальность избранной темы, цель и задачи исследования и основные положения работы, выносимые на защиту, а также новизна и практическая значимость.

**1 глава «Приоритетные направления диагностики и коррекции синдрома системной воспалительной реакции» (обзор литературы).** В ней даны литературные сведения о методах диагностики основных хирургических заболеваний и частоте признаков синдрома системной воспалительной реакции, а также представлены методы коррекции, которые используются в хирургической практике и их эффективность. В этой главе приведены литературные источники в основном последних 10-15 лет.

**2 глава «Методология и методы исследования».** Во второй главе дана клиническая характеристика больных и представлено описание использованных методов диагностики хирургических заболеваний, осложненных перитонитом, признаки синдрома системной воспалительной реакции и их информативность.

**2.1. Объект и предмет исследования, клиническая характеристика больных.**

*Объект исследования:* 165 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, у которых выявлен синдром

системной воспалительной реакции.

*Предмет исследования:* синдром системной воспалительной реакции при хирургических заболеваниях, осложненных перитонитом.

*Критерии исключения* являлись больные со злокачественными образованиями, осложненными перитонитом.

Для решения поставленной цели и задач было обследовано и, пролечено 165 больных с острыми хирургическими заболеваниями, осложненных местным или разлитым перитонитом, которые были оперированы в хирургических отделениях в ГКБ№1 г. Бишкек. С 2016 по 2020 год включительно.

Для оценки эффективности методов коррекции синдрома системной воспалительной реакции выделены две группы: первая составляла 79 больных, у которых использованы традиционные методы коррекции и вторую группу составили 86 пациентов, у которых в процессе лечения применили разработанный нами метод коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

Из числа наблюдаемых больных чаще были женщины в сравнении с мужчинами. Большинство из них в молодом и среднем возрасте (рисунок 2.1.1).

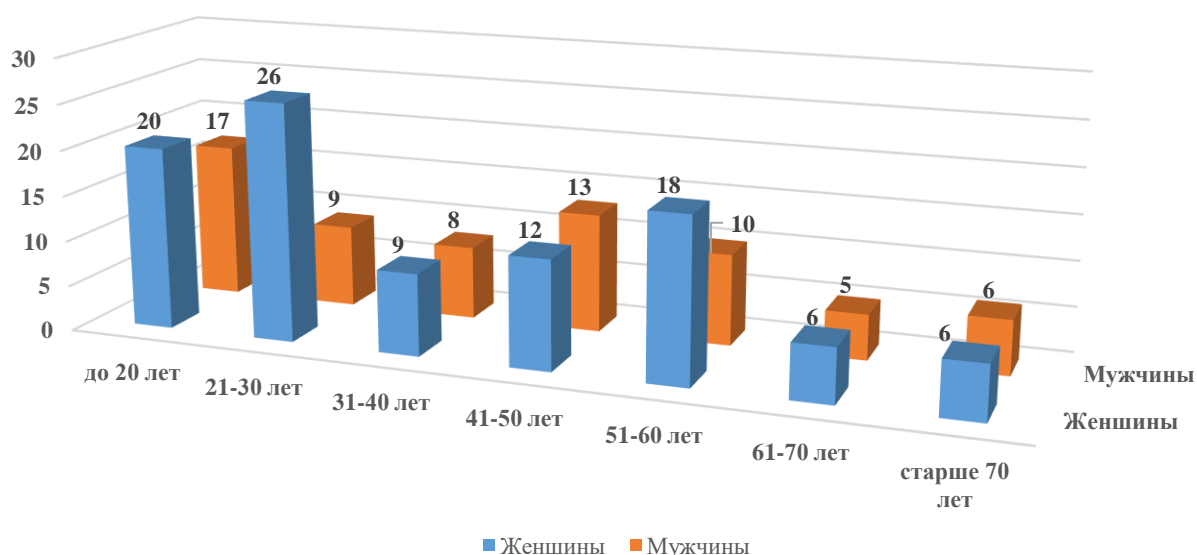


Рисунок 2.1.1 - Распределение больных по полу и возрасту (n-165).

Необходимо отметить, что среди поступивших с момента заболевания были больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости с различной давностью заболеваний. Из числа поступивших наибольшую группу составили пациенты с острым аппендицитом (104 чел. - 63%), реже с острым холециститом и еще реже с перфоративной язвой желудка и кишечной непроходимостью. Анализ сроков заболевания показал, что до 12 часов поступило всего 8 больных (4,8%) и наибольшую группу составили пациенты позже трех суток (133 чел. - 80,6%) (таблица 2.1.1).

Таблица 2.1.1 - Сроки госпитализации до 12 часов при остром заболевании органов брюшной полости с момента заболевания (n-165)

Патология	Всего		из них поступили в сроки			
	абс.ч.	%	до 12 часов	от 12 до 24 часов	от 24 до 72 часов	более 3 суток
Острый холецистит	41	24,8	1	1	2	37
Острый аппендицит	104	63,0	2	3	6	33
Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	12	7,3	4	3	4	1
Кишечная непроходимость	8	4,9	1	3	2	3
Итого	абс.ч.	165	8	10	14	133
	%	100,0	4,8	6,1	8,5	80,6

Местный перитонит выявлен у 145 и разлитой у 20. При обследовании особое внимание обращено на характер выпота брюшной полости (рисунок 2.1.2).

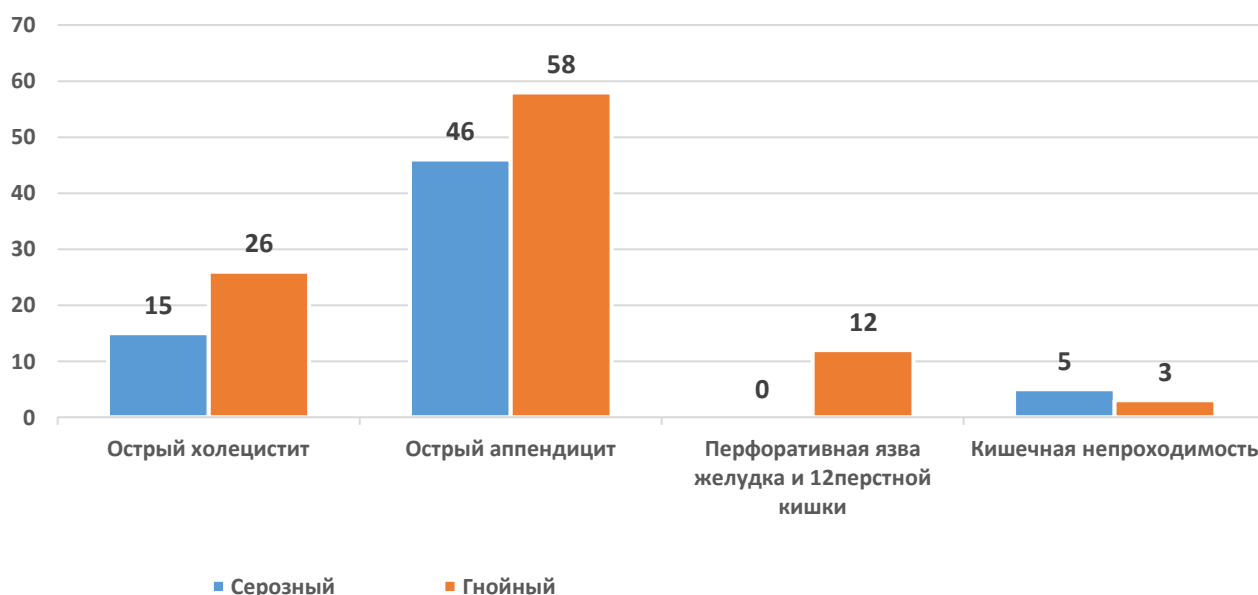


Рисунок 2.1.2. - Характер выпота брюшной полости.

**2.2. Методы исследования.** При поступлении больных, помимо общеклинического обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, свертываемость крови и ЭКГ у лиц старше 50 лет), обращали особое внимание на сроки появления первых признаков заболевания, на характер и локализацию болевого синдрома и выясняли принимали самостоятельно какие-либо медикаментозные средства и их эффективность. Анализ семиотики выполнен при остром аппендиците и холецистите, так как эти группы были наиболее многочисленные (таблицы 2.2.1 и 2.2.2).



Таблица 2.2.1 - Семиотика при остром аппендиците (n-104), осложненном местным перитонитом

Признаки	Всего	
	абс.ч.	%
Боль в правой подвздошной области	100	961,5
Боль в эпигастрии	3	2,9
Боль по всему животу	1	0,9
Тошнота	82	78,9
Рвота однократная	67	64,4
Рвота многократная	32	30,8
Задержка стула и газов	13	12,5
Температура выше 38°C	77	74,1
Пульс чаще 90 в минуту	67	64,4
Дыхание чаще 20 в минуту	46	44,2
Лейкоцитоз выше $12,0 \times 10^9/\text{л}$	65	62,5
Положит-й симптом Щеткина - Блюмберга	104	100,0
Напряжение мышц в правой подвздошной области	79	75,9
Напряжение мышц всего живота	12	11,5
Наличие жидкости в правой подвздошной области при УЗИ	26	25,0
Наличие жидкости в малом тазу при УЗИ	12	11,5

Таблица 2.2.2 - Семиотика при остром холецистите (n-41)

Признаки	Всего	
	абс.ч.	%
Боль в правом подреберье	34	82,9
Боль в эпигастрии	5	12,1
Боль по всему животу	12	28,6
Тошнота	21	51,2
Горечь во рту	27	65,8
Сухость во рту	29	56,1
Многократная рвота	32	78,1
Напряжение мышц в правом подреберье	18	43,9
Напряжение мышц по всему животу	16	39,1
Положительный симптом Ортнера	25	60,9
Положительный симптом Щеткина - Блюмберга	31	75,6
При УЗИ перивезикулярный абсцесс	13	31,7
При УЗИ наличие жидкости в брюшной полости и в малом тазу	2	4,8
Температура выше 38°C	35	85,4
Пульс чаще 90 в минуту	33	80,5
Дыхание чаще 20 в минуту	17	41,5
Лейкоцитоз выше $12,0 \times 10^9/\text{л}$	33	80,5

При перфорации язвы желудка ведущим симптомом был болевой синдром, резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга, уменьшение границы печени, а при рентгенологическом исследовании определялось наличие свободного газа в поддиафрагмальных пространствах.

Для больных с кишечной непроходимостью характерны схваткообразные

боли, задержка стула и газа, вздутие живота, высокий тимпанит, а при обзорной рентгенографии обнаруживали вздутые петли кишечника с наличием горизонтальных уровней.

Также при поступлении определяли частоту признаков синдрома системной воспалительной реакции (таблица 2.2.3), которые включали частоту пульса (более 90), температуру (выше 38°C), дыхание (более 20) и количество лейкоцитов (более  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ ).

Таблица 2.2.3 - Признаки синдрома системной воспалительной реакции и их частота при заболеваниях, осложненных перитонитом

Заболевания	Всего больных	из них с признаками (абс.ч.)			
		1	2	3	4
Острый аппендицит	104	-	30	42	32
Острый холецистит	41	-	2	17	22
Перфоративная язва желудка и 12 п.к.	12	-	-	4	8
Кишечная непроходимость	8	-	-	4	4
Итого абс.ч.	165	-	32	67	66
%	100,0	-	19,4	40,6	40,0

Кроме клинических показателей использовали определение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина.

**2.3. Статистическая обработка данных.** Полученные результаты исследований обработаны статистически с определением средней арифметической (М), средней квадратичной (Б) величин, ошибки ряда (m), а степень достоверности вычисляли по t-критерию по таблице Стьюдента.

### **3 глава «Эффективность коррекции синдрома системной воспалительной реакции у больных контрольной группы».**

**3.1. Характеристика больных контрольной группы.** В эту группу было включено 79 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненных местным или общим перитонитом, у которых использовали традиционные методы коррекции синдрома системной воспалительной реакции. Они включали меры, направленные на ликвидацию очага воспалительного процесса (операции) и применение в послеоперационном периоде антибиотиков внутримышечно или внутривенно, инфузионную терапию с учетом степени тяжести эндотоксикоза и лечение сопутствующих заболеваний. В этой группе преобладали женщины и возраст их в большинстве случаев был старше 50 лет. И в этой группе, как и среди общего количества поступивших наиболее часто госпитализировали пациентов с давностью заболевания более 3 суток. Среди поступивших этой группы у 18 из 79 (22,8%) обнаружены сопутствующие заболевания, которые были учтены при определении объема предоперационной подготовки и ведения

послеоперационного периода.

**3.2. Результаты коррекции синдрома системной воспалительной реакции и оперативного лечения больных контрольной группы.** Все больные оперированы в первые сутки с момента поступления, типы операции и характер осложнений даны в таблице 3.2.1.

Таблица 3.2.1 - Типы операций и характер осложнений у больных контрольной группы

Типы операций	Всего		из них возникли осложнения				Всего
	абс.ч.	%	нагноение раны	инфильтрат	парез кишечника	плеврит	
Холецистэктомия	19	24,0	1	1		1	3
Аппендэктомия	50	63,3	2	2	2	-	6
Ушивание перфоративной язвы желудка или 12 п.к.	6	7,6	1	1		1	3
Рассечение спаек	3	3,8	-	-	2	-	2
Рассечение спаек + резекция кишечника	1	1,3	-		1		1
Итого:	79	100,0	4	4	5	2	15(18,9%)

Осложнения в послеоперационном периоде обнаружены у 15, что составило 18,9%. Наибольшую группу составили больные, оперированные по поводу острого аппендицита, из 50 осложнения возникли у 6, из них у 4- раневые (нагноение раны, инфильтрат), и у 2- наблюдался парез кишечника. Но все осложнения были ликвидированы к моменту выписки из стационара. При перфоративной язве из 6 больных у 3 отмечены осложнения, из них у 2- раневые, а у 1- плеврит.

При кишечной непроходимости из 4 оперированных лишь у одного послеоперационный период протекал без осложнений, а у 3- возник парез кишечника, который был ликвидирован медикаментозными средствами. Таким образом, анализ результатов оперативного лечения контрольной группы показал высокий процент осложнений в послеоперационном периоде, а также продолжительные сроки стационарного лечения, что явилось основанием для более эффективных мер коррекций.

Особое внимание было обращено на динамику признаков синдрома системной воспалительной реакции, которая представлена на рисунке 3.2.1. Рассматривая показатели синдрома, необходимо отметить, что лишь у 5 из 72 оперированных было 2 признака синдрома системной воспалительной реакции, а по 3 признака у наибольшего числа больных (52 чел. из 79), но и 4- клинических признака имели место у 22- из 79, что составило 27,8 %.



Рисунок 3.2.1 - Динамика признаков синдрома системной воспалительной реакции больных контрольной группы (n-79).

Через сутки после операции, несмотря на удаление очага поражения, количество признаков синдрома системной воспалительной реакции было на уровне показателей, выявленных при поступлении.

Исследования на 3-4 сутки позволили отметить положительную динамику: увеличилось количество больных с двумя и снизилось с 3-4 признаками.

На 5-6 сутки отмечена положительная динамика, но количество больных с тремя признаками еще было у 3, а с двумя - 8. Это были больные, у которых имели место осложнения.

Наряду с клиническими признаками мы обратили внимания на динамику лабораторных методов. В момент поступления отмечен высокий лейкоцитоз и ЛИИ. При использовании традиционных мер коррекции наблюдалось снижение количества лейкоцитов, но и на 5-6 сутки уровень лейкоцитов составил  $9,4 \pm 0,31$ . Снижился лейкоцитарный индекс интоксикации, но к 5-6 суткам он составил  $1,4 \pm 0,07$ , что достоверно отличалось от нормы (таблица 3.2.2).

Таблица 3.2.2 - Результаты лабораторных исследований у больных при остром аппендиците

Сроки обследования		Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	ЛИИ
До операции, $M_1 \pm m_1$		$13,2 \pm 1,74$	$3,8 \pm 0,06$
3 сутки после операции, $M_2 \pm m_2$		$11,1 \pm 0,27$	$2,3 \pm 0,05$
5-6 сутки после операции, $M_3 \pm m_3$		$9,4 \pm 0,31$	$1,4 \pm 0,07$
Р- степень достоверности	$M_1 - M_2$	$<0,05$	$<0,01$
	$M_1 - M_3$	$<0,01$	$<0,001$

Как изменялись клинические признаки синдрома системной воспалительной реакции при местном и общем перитоните дано на рисунке 3.2.2.

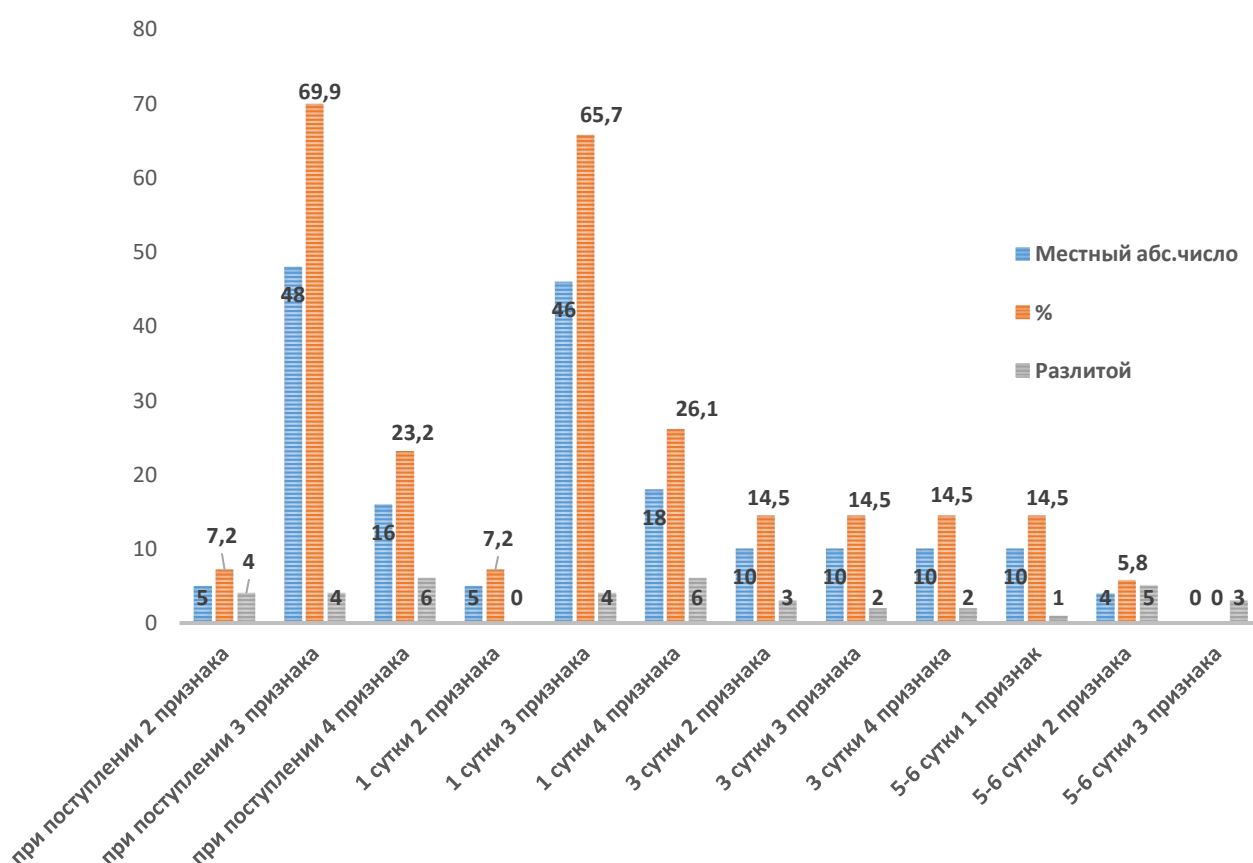


Рисунок 3.2.2 - Динамика клинических признаков синдром системной воспалительной реакции при местном и общем перитоните.

И при этом отметили, что динамика признаков была более положительной при местном перитоните и более медленная при общем.

Определена и динамика лабораторных показателей в контрольной группе. При использовании традиционных методов коррекции идет медленное снижение количества лейкоцитов и уровень ЛИИ и на 5-6 сутки они еще не достигают нормы (таблица 3.2.3).

Таблица 3.2.3 - Динамика лабораторных признаков синдром системной воспалительной реакции при местном и общем перитоните

Разлитой перитонит	Лейкоциты		ЛИИ
До операции	1	13,2±0,38	3,9±0,03
	2	14,8±0,41	4,5±0,41
Р-степень достоверности	>0,05		<0,05
на 3 сутки после операции	1	12,3±0,52	3,3±0,04
	2	13,1±0,73	4,8±0,05
Р-степень достоверности	>0,05		<0,05
5-6 сутки после операции	1	8,3±0,16	2,3±0,04
	2	9,5±0,48	2,9±0,03
Р-степень достоверности	<0,05		<0,05

Примечание: 1- больные с местным перитонитом; 2- больные с общим перитонитом

Таким образом, наблюдения за больными контрольной группы показали, что применение традиционного метода коррекции недостаточно, что явилось основанием для разработки более совершенного метода, результаты которого даны в следующей главе.

#### **4 глава «Результаты оперативного лечения больных с заболеваниями органов брюшной полости, осложненных перитонитом».**

**4.1. Характеристика больных основной группы.** Эту группу составили 86 больных из них с заболеваниями органов брюшной полости, осложненных местным перитонитом, было 76 пациентов, а у 10- разлитой перитонит. Характер заболеваний основной группы и типы выполненных операций были такими же, как и в контрольной, различия лишь в методе коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

Анализ контрольной группы показал недостаточность мер коррекции и на основании этого анализа нами были использованы следующие меры: за 20-30 минут до операции и к концу ее внутривенно всем вводили цефазолин в дозировке 1,0. В момент операции при остром холецистите в круглую связку печени выполняли регионарную лимфостимуляцию, которая включала антибиотик и лимфотропную смесь (антибиотик цефазолин, гепарин 70 ЕД/ кг веса тела, лидаза 8-12 ЕД, 2 мл прозерина и новокаина 0,5% - 15-20 мл, а при остром аппендиците эту смесь вводили в переходную складку брюшины в илеоцекальной области, при кишечной непроходимости и перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки смесь вводили в брыжейку тонкого и толстого кишечника. После выполнения основного этапа операции при перфоративной язве и кишечной непроходимости в брыжейку тонкого

кишечника фиксировали микроирригатор и выводили наружу и через него после операции вводили антибиотиколимфотропную смесь один раз в сутки на протяжении 4-5 дней. Брюшную полость и операционную рану орошали озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. После удаления микроирригатора на протяжении 4-5 суток вводили внутривенно цефазолин 1,0 и метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки. Начиная со 2-х суток после операции в комплекс лечения включали инфракрасное лазерное излучение на область операционной раны. При этом использовали аппарат «Матрикс» (Россия) на курс лечения 5-6 сеансов с экспозицией 10 минут, 80 Гц, 5-7 Вт.

Мы использовали антибиотико-лимфотропную регионарную лимфостимуляцию основываясь на литературных данных (С. У. Джумабаев, 1992; Ю. И. Бородин и соавт., 2001; М. С. Любарский, 1992; Ю. Е. Выренков и соавт, 2008), которые доказали, что при любом воспалительном процессе в первую очередь вовлекается лимфатическая система, которая в начале выполняет защитную роль, а затем может явиться источником прогрессирования воспалительного процесса. Учитывая механизм действия регионарной лимфостимуляции мы использовали ее для коррекции синдрома системной воспалительной реакции. Кроме вышеперечисленных мер всем больным вводили иммунокорректор тималин внутримышечно по 10мг 1 раз в сутки на курс лечение 8-10 инъекций.

Озонированные растворы применили для снижения контаминации брюшной полости и операционной раны, а инфракрасное излучение, учитывая, что оно более глубоко проникает в ткани (2-3 см). Это излучение обладает бактерицидным, противовоспалительным и иммунокорригирующим действием.

Больным с кишечной непроходимостью и перфоративной язвой перед операцией вводили назогастральный зонд, через который осуществляли аспирацию содержимого желудка, и в послеоперационном периоде выполняли орошение озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией 3-4 мкг/мл, а у 4 больных назоинтестинальное зондирование. Это орошение предотвращало брожение и гниение кишечного содержимого, поступление продуктов распада в кровь и способствовало снижению эндотоксикоза, что также являлось мерой коррекции синдрома системной воспалительной реакции при нарушении моторной функции кишечника при разлитом перитоните, а в последующем выполняли раннее энтеральное питание, учитывая то обстоятельство, что при разлитом перитоните всегда имеет место энтеральная недостаточность, который способствует возникновению синдрома системной воспалительной реакции.

Применение разработанного нами комплекса направлено на основные звенья этиопатогенеза местного и общего перитонита. Характер заболеваний и сроки госпитализации больных основной группы, не отличались от контрольной.

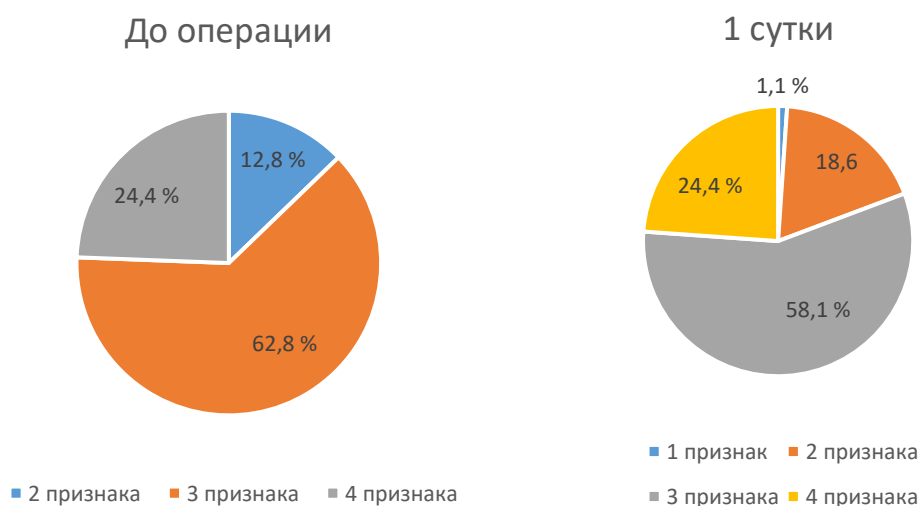
И здесь наибольшее число было оперировано по поводу острого аппендицита, реже холецистита и еще реже выполняли ушивание перфоративной язвы и рассечение спаек при кишечной непроходимости.

**4.2. Результаты коррекции синдрома системной воспалительной реакции больных основной группы.** В процессе применения коррекции синдрома системной воспалительной реакции проследили за частотой осложнений. При этом установлено, что после холецистэктомии раневые осложнения возникли у двух, после аппендэктомии у одного больного, а всего осложнения обнаружены у 6, что составило 6,9%, которые представлены в таблице 4.2.1

Таблица 4.2.1 -Типы операций и характер осложнений больных основной группы

Типы операции	Всего		из них возникли осложнения			
	абс.ч.	%	нагноение раны	инфильтрат	плеврит	Всего
Холецистэктомия	21	24,4	1	1	-	2
Холецистэктомия + наружное дренирование	1	1,2	-	1	-	1
Аппендэктомия	54	62,8	1			1
Ушивание перфоративной язвы	6	6,9	-	-	1	1
Рассечение спаек	3	3,5		1		1
Энтеротомия с удалением конкремента	1	1,2	-	-	-	-
Всего	абс.ч. 86 % 100,0		2	3	1	6 (6,9%)

Динамика синдром системной воспалительной реакции при использовании методов коррекции даны на рисунке 4.2.1.





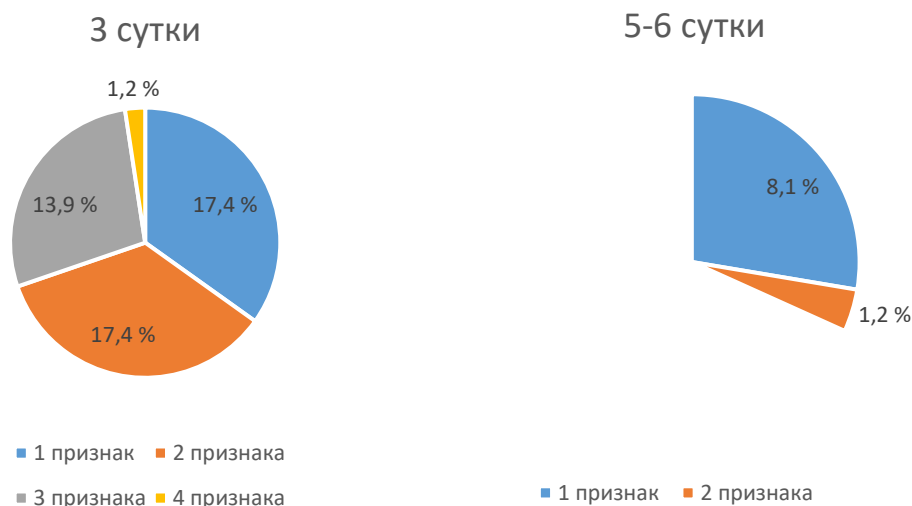


Рисунок 4.2.1 - Динамика признаков синдрома системной воспалительной реакции больных основной группы (n-86).

Анализ полученных результатов показал, что и в этой группе в момент поступления у большинства обнаруживали по 3-4 признака, через сутки после операции показатели улучшились незначительно, у большинства продолжали сохраняться 3-4 признака. На 3-4 сутки отмечена существенная положительная динамика достоверно снизилась частота 3-4 признаков и увеличилось количество больных с двумя признаками. К 5-6 суткам у 7 больных обнаружено по 1 признаку и лишь у одного два признака и ни у одного больного 3-4 признака не обнаружено.

Мы сопоставили динамику признаков синдром системной воспалительной реакции у больных с местным и разлитым перитонитом и при этом установлено, что более выраженная положительная динамика имеет место при местном перитоните, но и при общем уже на 3 сутки отмечена положительная динамика. Динамика лабораторных тестов даны на рисунке 4.2.2.

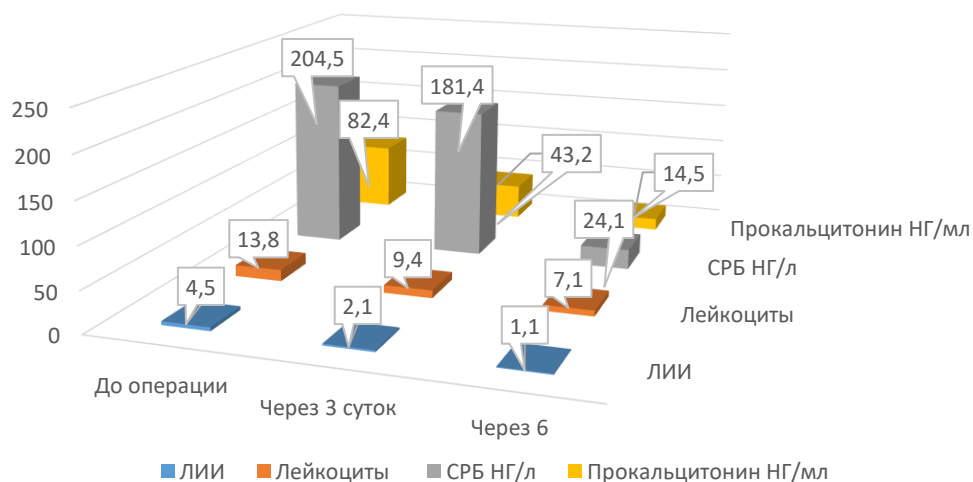


Рисунок 4.2.2 - Динамика лабораторных тестов синдрома системной воспалительной реакции больных с местным перитонитом основной группы.

Анализ динамики лабораторных тестов у больных основной группы показал, что под влиянием разработанного нами метода коррекции наблюдается снижение количества лейкоцитов, ЛИИ, а также уровень С-реактивного белка и прокальцитонина.

Мы также проследили за динамикой лабораторных тестов при разлитом перитоните, который имел место в этой группе у 10 больных. В момент поступления количество лейкоцитов составляло  $15,8 \pm 2,11$ , через 3 суток оно снизилось до  $12,4 \pm 1,34$ , а на 6 сутки -  $9,2 \pm 1,18$ . Также отмечено снижение ЛИИ, уровня С-реактивного белка и прокальцитонина, но в сравнении с больными с местным перитонитом снижение шло сравнительно медленно.

На основании выполненных исследований нами был построен алгоритм коррекции синдром системной воспалительной реакции (рисунок 4.2.3.)

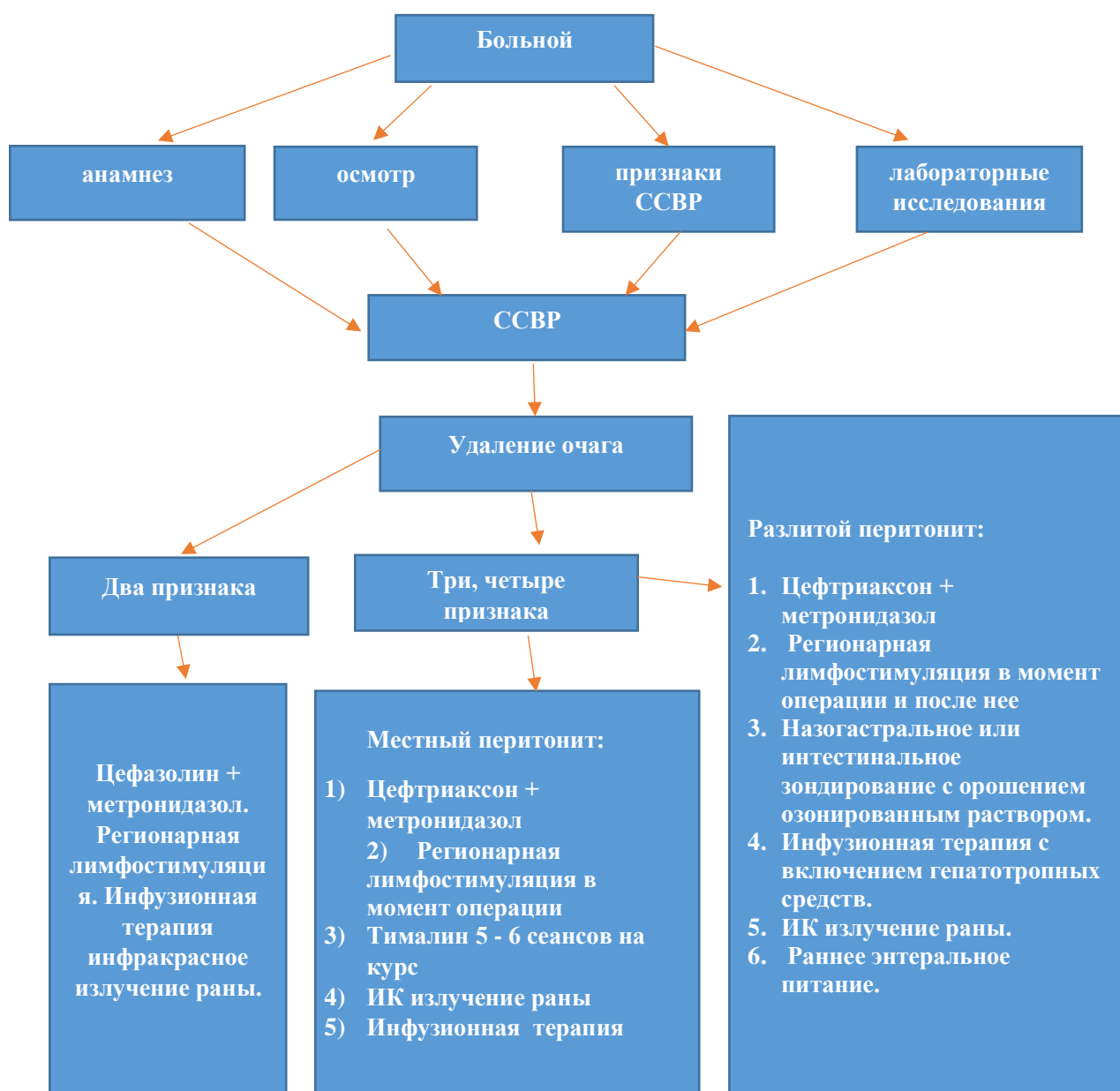


Рисунок 4.2.3 - Алгоритм коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

При поступлении больного с хирургическим заболеванием, осложненным местным или общим перитонитом, необходимо учесть анамнез заболевания, результаты осмотра, определить признаки синдром системной воспалительной реакции и выполнить лабораторные исследования, которые должны включать общий анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень С-реактивного белка и прокальцитонина. На основании этих исследований определяется синдром системной воспалительной реакции и как указывают многие исследователи уже в первые часы с момента поступления должен быть удален очаг воспаления и начинать коррекцию синдром системной воспалительной реакции.

На основании наших результатов исследования мы убедились, что степень тяжести синдрома зависит от количества обнаруженных признаков синдрома и с учетом этого количества мы и построили коррекцию. В алгоритме мы отметили какие меры должны быть приняты при наличии двух признаков, 3,4 признака при местном и разлитом перитоните. Построенный алгоритм существенно облегчает работу врача хирурга для выбора метода и объема коррекции. Необходимо отметить, что в литературе мы не обнаружили алгоритм построения диагностики и коррекции ССВР, так как эти показатели не изучались в динамике.

Таким образом, полученные результаты показали целесообразность применения разработанного комплекса коррекции синдром системной воспалительной реакции при острых хирургических заболеваниях, осложненных перитонитом.

**5 глава «Сравнительная оценка коррекции синдрома системной воспалительной реакции у больных контрольной и основной групп».** Для детальной оценки и эффективности разработанного нами метода коррекции мы сопоставили основные показатели контрольной и основной группы. Необходимо отметить, что по половому и возрастному составу обе группы были равнозначны. Сроки заболевания до момента госпитализации также оказались равнозначными, небольшие колебания не носили достоверных различий. В обеих группах большинство больных поступили со сроком заболевания больше 3 суток (рисунок 5.1).

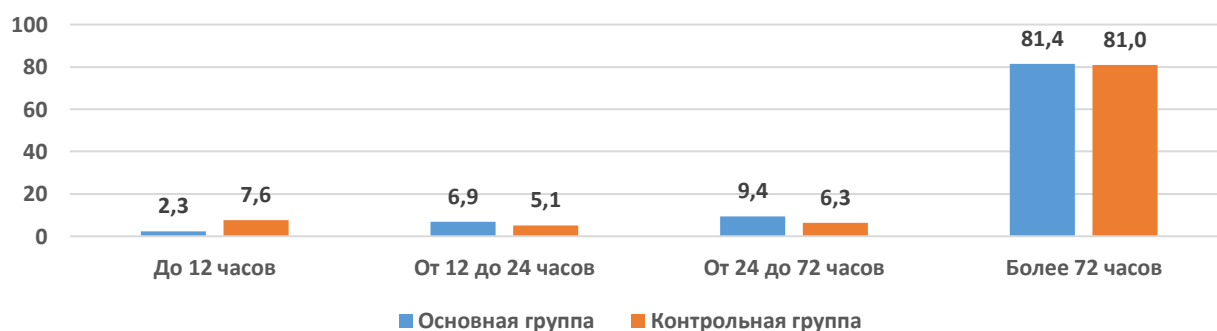


Рисунок 5.1 - Сроки заболеваний до госпитализации больных контрольной и основной группы.

Что же касается характера заболевания обеих групп, то и он был равнозначным. Анализ характера выпота брюшной полости показал, что в основной группе гнойный выпот составил 59,3%, серозный-41,7%, а в контрольной группе гнойный- 60,8%, серозный- 31,2%, различия не достоверны (рисунок 5.2).

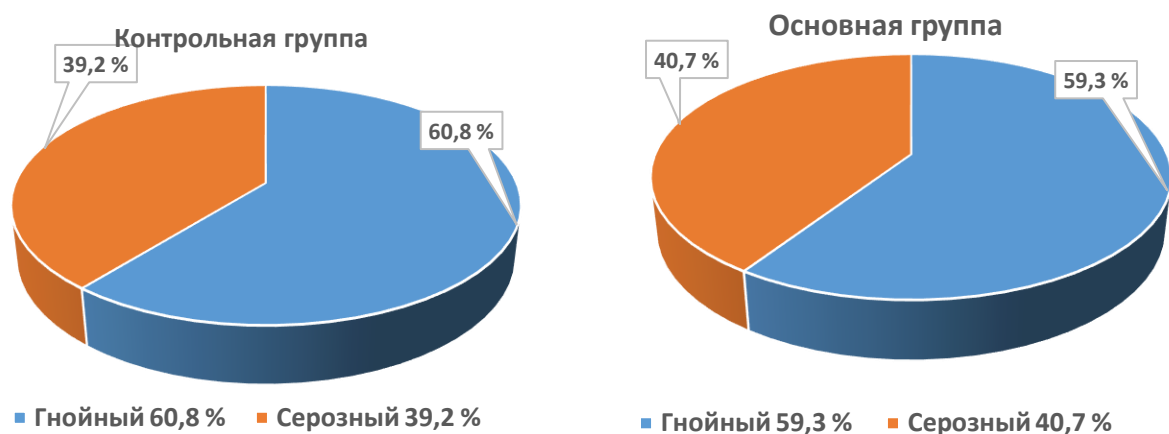


Рисунок 5.2 - Характер выпота брюшной полости.

Характер выполненных операций также был равнозначным (таблица 5.1).

Таблица 5.1 - Типы операций больных основной и контрольной группы

Основная группа			Контрольная группа		
Типы операций основной группы	Всего		Типы операций контрольной группы	Всего	
	абс.ч.	%		абс.ч.	%
Холецистэктомия	21	24,4	Холецистэктомия	19	24,0
Холецистэктомия + наружное дренирование холедоха	1	1,2	Аппендэктомия	50	63,3
Аппендэктомия	54	62,8	Ушивание перфоративной язвы желудка	6	7,6
Ушивание перфоративной язвы желудка	6	6,9	Рассечение спаек	3	3,8
Рассечение спаек	3	3,5	Рассечение спаек + резекция тонкого кишечника	1	1,3
Энтеротомия с удалением конкремента	1	1,2			
Всего	86	100,0	Всего	79	100,0

Анализ динамики признаков синдрома системной воспалительной реакции в обеих группах показал достоверную положительную динамику у больных основной группы, у которых уже на 3- сутки отмечено снижение количества больных с 3-4 признаками синдрома системной воспалительной реакции, что подтверждает эффективность использованных мер коррекции (рисунок 5.3).

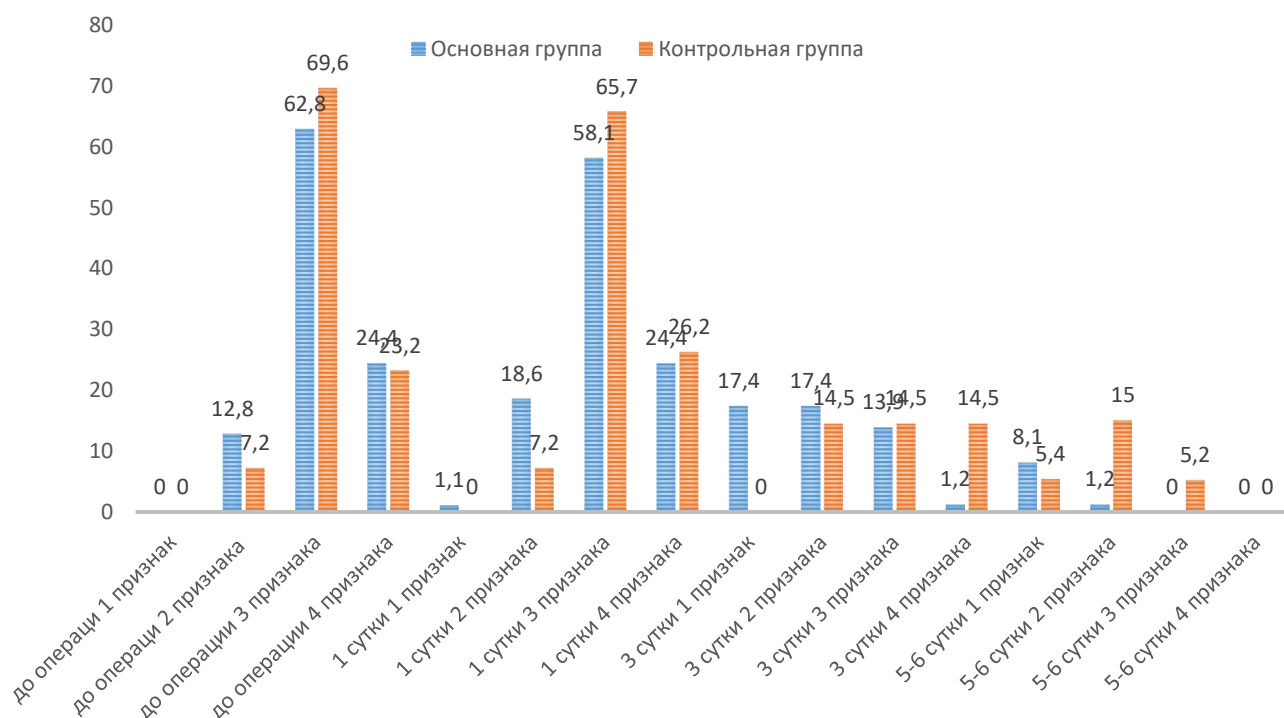


Рисунок 5.3 - Динамика признаков синдрома системной воспалительной реакции больных основной и контрольной группы.

Анализ сроков стационарного лечения также подтвердил целесообразность применения мер коррекции (рисунок 5.4).

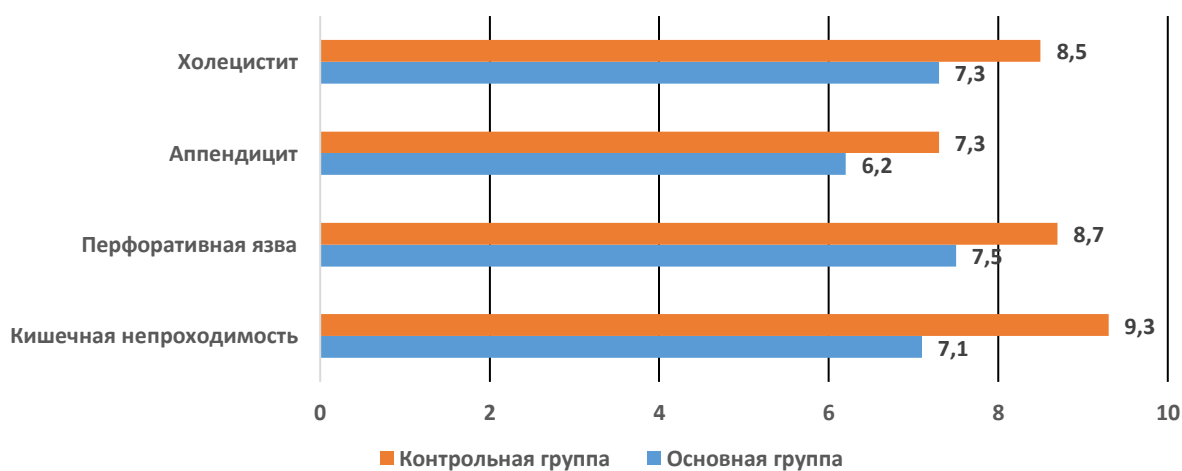


Рисунок 5.4 - Сроки стационарного лечения больных контрольной и основной групп (сутки).

При всех заболеваниях более продолжительные сроки стационарного лечения были у пациентов контрольной группы.

Отмечены различия и в частоте осложнений, в контрольной группе они составили 18,9 %, а в основной- 6,9 %. (рисунок 5.5).

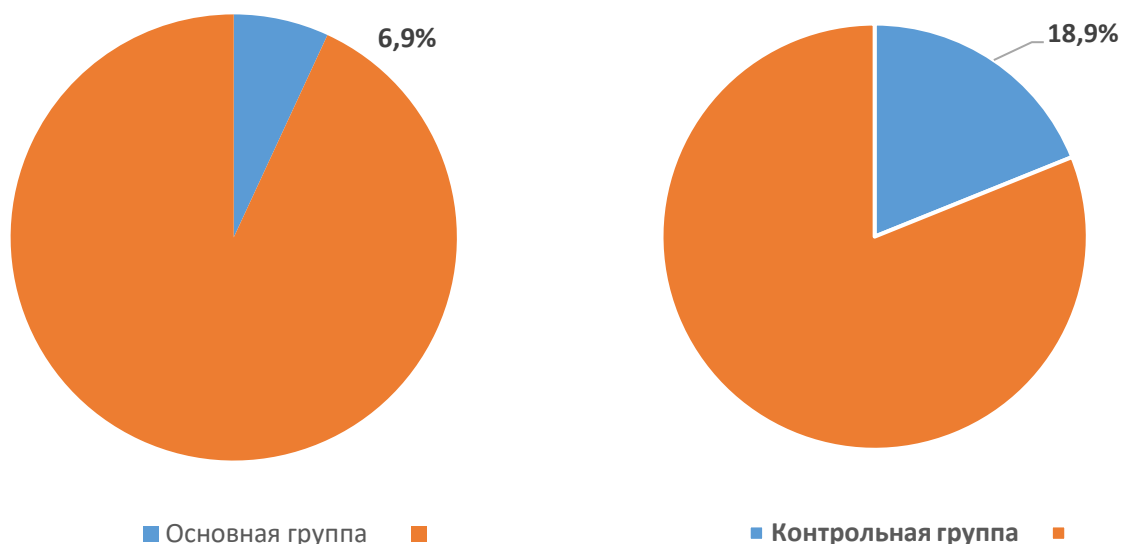


Рисунок 5.5 - Частота осложнений у больных основной и контрольной группы.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, осложненных местным или общим перитонитом определяются признаки синдрома системной воспалительной реакции, а использование разработанного нами метода коррекции синдрома способствует более быстрому исчезновению признаков синдрома и снижению частоты осложнений и срока стационарного лечения, что и явилось решением цели и задач нашего исследования.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. При местном и разлитом перитоните, возникшем на почве острых заболеваний органов брюшной полости, у большинства больных выявляются 3-4 клинических признака синдрома системной воспалительной реакции и изменения в лабораторных показателях (лейкоциты, ЛИИ, СРБ, прокальцитонин), что подтверждает тяжесть состояния больных и необходимость выполнения коррекции, направленной на основные звенья этиопатогенеза синдрома.

2. Регионарная лимфостимуляция в комплексе с орошением брюшной полости и раны озонированным раствором хлорида натрия, внутримышечным введением иммунокорректора тималина и инфракрасным лазерным облучением операционной раны являются эффективным методом коррекции синдрома системной воспалительной реакции и оказывают однонаправленное действие потенцируя друг друга.

3. Построенный алгоритм коррекции синдрома системной

воспалительной реакции позволяет врачу избрать наиболее адекватный метод коррекции.

4. Применение разработанного метода коррекции синдрома системной воспалительной реакции позволило снизить частоту осложнений с 18,9 % до 6,9 %, то есть 2,7 раза, что подтверждает эффективность разработанного подхода в ликвидации метаболических нарушений при местном и общем перитоните, и является основанием для рекомендации его применения и при других заболеваниях, при которых развивается синдрома системной воспалительной реакции.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. При поступлении больных с острым хирургическим заболеванием брюшной полости, осложненном местным или разлитым перитонитом необходимо определять клинические и лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции. При выявлении более двух признаков - считать наличие синдрома системной воспалительной реакции и впервые же часы использовать меры её коррекции.

2. Больным с острыми заболеваниями органов брюшной полости перед операцией и к концу ее вводить внутривенно антибиотик эмпирически, а после операции с учетом результатов бактериологического исследования и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

3. В послеоперационном периоде продолжить определение количества признаков в динамике, если в процессе лечения количество признаков не изменяется или нарастает, то необходимо углубленное дополнительное обследование для выяснения этого положения.

4. В выборе коррекции синдрома следует использовать разработанный алгоритм, который облегчит и избрать наиболее адекватный метод.

5. Регионарную лимфостимуляцию можно использовать в момент операции с учетом расположения очага воспаления (аппендицит, холецистит, перфоративная язва, кишечная непроходимость), и после операции обязательно дополнить введением иммунокорректора тималина по 10 мг внутримышечно на курс 5-6 инъекций.

6. Для профилактики воспалительных и раневых осложнений следует использовать орошение брюшной полости и раны озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и инфракрасное лазерное излучение послеоперационной раны, начиная с 2 суток после операции, на курс 5-6 сеансов.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Туратбекова, К. Т.** Коррекция синдрома системной воспалительной реакции больных с холециститом, осложненным перитонитом [Текст] / К. Т. Туратбекова. - Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2021. - № 2. - С. 55-61; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47431271>
2. **Туратбекова, К. Т.** Коррекция синдрома системной воспалительной реакции при деструктивном аппендиците, осложненном местным перитонитом [Текст] / А. И. Мусаев, К. Т. Туратбекова // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2019. - № 4. - С. 26-32; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42525183>
3. **Туратбекова, К. Т.** Редкое позднее осложнение после аппендэктомии [Текст] / К. Т. Туратбекова, С. А. Ахматов, М. Ж. Алиев // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2022. - № 2 - С. 120-124; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49225728>
4. **Туратбекова, К. Т.** Эффективность регионарной лимфостимуляции в профилактике осложнений после аппендэктомии при атипичном расположении отростка [Текст] / К. Т. Туратбекова, У. С. Мусаев, С. А. Ахматов // Здравоохранение Кыргызстана. - 2021. - № 4. - С. 84-91; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47556145>
5. **Туратбекова, К. Т.** Коррекция синдрома воспалительной реакции при перитоните различного генеза [Текст] / К. Т. Туратбекова, М. Ж. Алиев, А. Ж. Акешов // Вестник Смоленской Государственной медицинской академии. - Смоленск, 2022. - № 1. - С. 118-125; То же [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48488810>



**Туратбекова Каныкей Туратбековнанын «Перитонит менен татаалдашкан курсак көңдөйүнүн органдарынын ооруларында системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому жана аны коррекциялоо чаралары» деген темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын**

## **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** системалуу сезгенүү жооп синдрому, перитонит, жергиликтүү, жайылып, дарылоо, татаалдаштыруу.

**Изилдөөнүн максаты.** Системалык сезгенүү реакциясынын синдромун коррекциялоонун эсебинен перитонит менен татаалдашкан курсак көңдөйүнүн органдарынын ооруларын оперативдүү дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.

**Изилдөөнүн объектиси:** курсак көңдөйүнүн органдарынын курч хирургиялык оорулары менен ооруган системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому аныкталган 165 бейтап.

**Изилдөөнүн предмети:** перитонит менен татаалдашкан хирургиялык ооруларда системалуу сезгенүү реакциясы синдрому.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** клиникалык (температура, пульс, дем алуу, лейкоциттердин саны), лабораториялык (кандын жалпы анализи, ЛИИ, С-реактивдүү белок, прокальцитонин), инструменталдык (УДИ изилдөө).

**Изилдөөнүн жыйынтыктары жана илимий жанылыгы.** Иш процессинде бейтаптардын эки тобу бөлүнгөн: биринчи контролдук, оорулуулар системалуу сезгенүү реакциясынын синдромун коррекцияда салттуу ыкмаларын алышкан жана экинчи топ - бул коррекциянын иштелип чыккан чаралары колдонулган бейтаптар (антибиотиктерди периоперативдик киргизүү, жараны сугаруу үчүн озондоштурулган эритме, жабыркоо очогунун локализациясын эске алуу менен региондук лимфостимуляция, операциялык жаранын аймагына инфракызыл лазердик нурлануу).

Салттуу коррекцияны колдонуу жетишсиз болуп, оорулуулардын 18,9% ында кыйынчылыктар болгон. Коррекциянын иштелип чыккан методун колдонуу системалуу сезгенүү реакциясы синдромунун көрсөткүчтөрүнүн көрүнүп турган оң динамикасын белгилөөгө жана операциядан кийинки мезгилдин өтүшүн баалоо үчүн системалуу сезгенүү реакциясы синдромунун белгилеринин санын аныктоонун баалуулугун аныктоого мүмкүндүк берди. Инфракызыл нурланууну колдонуу ириң-сезгенүү ооруларынын жыштыгын азайтууга мүмкүндүк берди. Системалык сезгенүү реакциясынын синдромун коррекциялоонун иштелип чыккан методун колдонуу татаалдашуулардын жыштыгын 18,9% дан 6,9% га чейин азайтууга мүмкүндүк берди, демек, кыйынчылыктарды 2,7 эсе азайтууга мүмкүн болду.

**Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар.** Иштин жүрүшүндө алынган негизги тыянактар жана сунуштар хирургиялык бөлүмдөрдүн күнүмдүк клиникалык практикасында, ошондой эле студенттердин, клиникалык ординаторлордун жана аспиранттардын окуу процессинде колдонулушу мүмкүн.

**Колдонуу чөйрөсү:** хирургия.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Туратбековой Каныкей Туратбековны на тему: «Синдром системной воспалительной реакции при заболеваниях органов брюшной полости, осложненных перитонитом и меры его коррекции» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

**Ключевые слова:** синдром системной воспалительной реакции, перитонит, местный, разлитой, лечение, осложнение.

**Цель исследования.** Улучшение результатов оперативного лечения заболеваний органов брюшной полости, осложненных перитонитом, за счет коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

**Объект исследования:** 165 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, у которых выявлен синдром системной воспалительной реакции.

**Предмет исследования:** синдром системной воспалительной реакции при хирургических заболеваниях, осложненных перитонитом.

**Методы исследования:** клинические (температура, пульс, дыхание, количества лейкоцитов), лабораторные (общий анализ крови, ЛИИ, С-реактивный белок, прокальцитонин), инструментальные (ультразвуковое исследование).

**Полученные результаты и их научная новизна.** В процессе работы выделены две группы пациентов: первая контрольная, больные получали традиционные методы коррекции синдрома системной воспалительной реакции и вторая группа - это пациенты у которых использованы разработанные меры коррекции (периоперационное введение антибиотиков, озонированный раствор для орошения раны, регионарная лимфостимуляция с учетом локализации очага поражения, инфракрасное лазерное излучение на область операционной раны).

Применение традиционной коррекции оказалось недостаточным и осложнения имели место у 18,9% больных. Использование разработанного метода коррекции позволило отметить выраженную положительную динамику показателей синдрома системной воспалительной реакции и определить ценность выявления количества признаков синдрома системной воспалительной реакции для оценки течения послеоперационного периода. Применение инфракрасного излучения позволило снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений. Применение разработанного метода коррекции синдрома системной воспалительной реакции позволило снизить частоту осложнений с 18,9% до 6,9%, следовательно, осложнения удалось снизить в 2,7 раза.

**Степень использования или рекомендация результатов исследования.** Основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы, могут быть использованы в повседневной клинической практике хирургических отделений, а также в учебном процессе студентов, клинических ординаторов и аспирантов.

**Область применения:** хирургия.

## SUMMARY

**Turatbekova Kanykya Turatbekovna's dissertation on the topic of: "'Syndrome of systemic inflammatory reaction in diseases of the abdominal cavity complicated by peritonitis and measures of its correction" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17-surgery.**

**Key words:** systemic inflammatory reaction syndrome, peritonitis, local, diffuse, treatment, complication.

**The purpose of the study:** improving the results of surgical treatment of diseases of the abdominal cavity complicated by peritonitis by correcting the systemic inflammatory reaction syndrome.

**The object of the study:** 165 patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity, who have a systemic inflammatory reaction syndrome.

**Subject of study:** systemic inflammatory reaction syndrome in surgical diseases complicated by peritonitis.

**Research methods:** clinical (temperature, pulse, respiration, leukocyte counts), laboratory (general blood test, LII, C-reactive protein, procalcitonin), instrumental (ultrasound).

**The results obtained and their novelty.** In the course of the work, two groups of patients were identified: the first control group, patients received traditional methods of correcting the systemic inflammatory reaction syndrome, and the second group were patients who used developed correction measures (perioperative administration of antibiotics, ozonated solution for wound irrigation, regional lymphostimulation taking into account the localization of the lesion, infrared laser radiation to the area of the surgical wound).

The use of traditional correction was insufficient and complications occurred in 18.9% of patients. The use of the developed correction method made it possible to note the pronounced positive dynamics of the indicators of the systemic inflammatory reaction syndrome and to determine the value of identifying the number of signs of the systemic inflammatory reaction syndrome for assessing the course of the postoperative period. The use of infrared radiation has reduced the frequency of purulent-inflammatory complications. The application of the developed method of correction of the systemic inflammatory reaction syndrome allowed to reduce the frequency of complications from 18.9% to 6.9%, therefore, complications were reduced by 2.7 times.

**The degree of use or recommendations for use.** The main conclusions and recommendations obtained in the course of work can be used in the daily clinical practice of surgical departments, as well as in the educational process of students, clinical residents and graduate students.

**Scope of use:** surgery.

