



№ 1(52) 2012

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р. Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія KB № 15847-4319 ПР
від 16.11.2009 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук
(Постанова президії ВАК України
№ 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ НАМН України»
(Протокол № 3 від 20.02.2012 р.)

Редактор
Н.В. Карпенко

Коректор
В.В. Теплинская

Адміністратор
К.В. Пономарьова

Перекладачі:
С.Ю. Басилайшвілі, Н.В. Шателен

Підписано до друку 22.02.2012 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 20,75.
Обл.-вид. арк. 21,38. Наклад 1000 пр.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
просп. Леніна, 58, к. 106
Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2011

ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

Ю. А. Бачерікова

РЕДАКЦІЙНА КОЛІГІЯ:

П. А. Бездетко

М. М. Велігоцький

М. К. Голобородько

Т. Г. Григор'єва

В. Б. Давиденко

Б. М. Даценко

В. Г. Дуденко

О. О. Зайцев

Ю. І. Караченцев

В. В. Леонов

В. М. Лісовий

В. К. Логачов

В. І. Лупальцов

О. В. Малоштан

О. О. Павлов

М. В. Панченко

Б. І. Пеєв

В. І. Сипітий

В. О. Сипливий

В. І. Стариков

С. В. Сушков

О. М. Тищенко

Є. Д. Хворостов

А. Я. Циганенко

Ю. Л. Шальков

С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреевцев (Київ)

М. М. Бондаренко (Дніпропетровськ)

О. Ф. Возіанов (Київ)

В. К. Гринь (Донецьк)

М. Ф. Дрюк (Київ)

Ю. П. Зозуля (Київ)

І. В. Іоффе (Луганськ)

Л. Я. Ковальчук (Тернопіль)

П. Г. Кондратенко (Донецьк)

М. Г. Кононенко (Суми)

Г. В. Книшов (Київ)

К. П. Павличенко (Донецьк)

М. П. Павловський (Львів)

Л. Г. Розенфельд (Київ)

В. Ф. Саєнко (Київ)

С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)

М. І. Тутченко (Київ)

С. О. Шалімов (Київ)



Зміст

Валерий Владимирович Бойко
К 50-летию со дня рождения. 7

АКТУАЛЬНА ТЕМА – ЛІКУВАННЯ ПЕРИТОНИТУ

Опыт применения отсроченных кишечных
анастомозов при перитоните. 10

*В.В. Бойко, Ю.В. Иванова,
И.А. Криворучко, Е.В. Мушенко, С.А. Савви*

Комплексне лікування хворих
на абдомінальний сепсис
із застосуванням релапаротомії. 15

*І.А. Криворучко, В.В. Бойко, Ю.В. Иванова,
М.С. Повеліченко*

Оптимізація лікування поширеного
перитоніту у осіб похилого віку. 19

*В.І. Лупальцов, А.І. Ягнюк, Р.С. Ворошчук,
І.А. Дехтярук*

Особенность формирования
энтероанастомоза при остром
распространенном перитоните. 23

*Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев, Я.Я. Маслов,
С.С. Селиванов*

Цитолітична активність сироватки крові
у хворих із високим ризиком розвитку
післяопераційного перитоніту
при гострій абдомінальній патології. 26

*Д.А. Ситнік, В.Д. Шейко,
О.А. Крижановський*

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Хирургические аспекты острых нарушений
мезентериального кровотока. 30

*В.В. Бойко, И.А. Тарабан, В.Г. Грома,
Л.И. Гончаренко, А.В. Кузнецов,
Ю.А. Бачерикова*

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Изучение особенностей репаративного
остеогенеза под воздействием
крайневысокочастотного
электромагнитного облучения
в эксперименте. 35

*В.В. Бойко, Ю.В. Иванова, В.К. Иванов,
Е.В. Мушенко, А.С. Фатеев, Л.Г. Белоусова,
А.С. Лавриненко*

Contents

ACTUAL TOPIC – TREATMENT OF PERITONITIS

Experience of delayed bowel anastomosis
formation in patients with peritonitis. 8

*V.V. Boyko, Yu.V. Ivanova,
I.A. Krivoruchko, E.V. Mushenko, S.A. Savvi*

Complex treatment of patients with
abdominal sepsis with application
relaparotomy. 13

*I.A. Krivoruchko, V.V. Boyko, Y.V. Ivanova,
M.S. Povelicheko*

Otimization of the treatment
of diffuse peritonitis of elderly age patients. 17

*V.I. Lupaltsov, A.I. Yagnyuk, R.S. Voroshchuk,
I.A. Dehtyaruk*

Feature formation in acute common
enteroanastomoza peritonitis. 21

*R.V. Bondarev, V.I. Bondarev,
Ya. Ya. Maslov, S.S. Selivanov*

Cytolytic activity autological blood serum
at patients with high risk degree occurrence
of postoperative peritonitis at acute abdominal
pathology. 24

*D.A. Sytnik, V.D. Sheyko,
A.A. Kryzhanovsky*

ORIGINAL RESEARCHES

Surgical aspects
of acute disorders of mesenteric blood flow. 28

*V.V. Boyko, I.A. Taraban,
V.G. Groma, L.I. Goncharenko, A.V. Kuznecov,
Yu.A. Bacherikova*

EXPERIMENTAL RESEARCHES

Experimental study of particularities
of reparative osteogenesis under
extremely high frequency
electromagnetic irradiation
influence. 33

*V.V. Boyko, Yu. V. Ivanova, V.K. Ivanov,
E.V. Mushenko, A.S. Fateev, L.G. Belousova,
A.S. Lavrinenko*



В.І. Лупальцов, А.І. Ягнюк,
Р.С.Ворощук, І.А. Дехтярук

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Резюме. Обстежено 53 хворих (чоловіків — 17 (32,1 %), жінок — 36 (67,9 %)) віком від 60 до 79 років з поширеним вторинним перитонітом, причиною якого була деструкція полого органу (проривна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, гострий перитоніт, перфорація тонкої кишки), гостра механічна тонкокишкова непрохідність. Хворим основної групи (29) в комплекс нутритивної підтримки було включено внутрішньовенне введення дипептиду аланін-глутаміну і також проводився ультразвуковий моніторинг органів черевної порожнини з метою діагностики післяопераційних ускладнень.

Аналіз результатів лікування показав більш ефективну корекцію метаболічних розладів у хворих з перитонітом при проведенні ентерального харчування в поєднанні з парентеральним введенням глютаміну. Відновлення моторно-евакуаторної і всмоктувальної функції тонкої кишки у хворих основної групи відбувалося у більш ранні терміни, що дозволило значно скоротити тривалість назоінтестинальної інтубації. При ультразвуковому моніторингу черевної порожнини були діагностовані рання спайкова непрохідність у 2 хворих і патогномонічні ознаки формування абсцесів ще в 4 випадках. Своєчасна діагностика даних ускладнень дозволила провести цілеспрямовану корекцію лікування та домогтися регресу ускладнень.

Ключові слова: перитоніт, ентеральне харчування, глютамін, ультразвуковий моніторинг.

Вступ

Незважаючи на досягнуті в останні десятиліття успіхи в лікуванні гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, поширений перитоніт продовжує залишатися найбільш частою причиною смерті у хворих даного профілю. Летальність при поширеному перитоніті, за даними різних авторів, становить від 10 до 60 % та не має тенденції до зниження [1, 2, 5, 6]. Результати лікування перитоніту багато в чому залежать від перебігу раннього післяопераційного періоду, своєчасної діагностики ускладнень, адекватної антибактеріальної терапії [3]. У осіб похилого та старечого віку поширений перитоніт перебігає особливо важко з високою частотою післяопераційних ускладнень та летальних випадків [4]. Високий ризик розвитку внутрішньочеревних ускладнень після оперативних втручань, складність своєчасної діагностики та необхідність їхньої профілактики потребує подальшого пошуку шляхів удосконалення лікувальної тактики у хворих на перитоніт цієї вікової групи.

Мета дослідження

Оцінити результати лікування поширеного перитоніту у хворих похилого віку при застосуванні в післяопераційному періоді ультразвукового моніторингу черевної порожнини та

нутритивної підтримки, яка збагачена глютаміном.

Матеріал та методи дослідження

Проведено аналіз результатів лікування 53 хворих (чоловіків — 17 (32,1 %), жінок 36 (67,9 %)) віком від 60 до 79 років з поширеним перитонітом. У дослідження включені хворі, які відповідали наступним критеріям: вік більше 60 років, вторинний перитоніт, причиною якого була деструкція полого органу (проривна виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, гострий апендицит, гострий холецистит, перфорація тонкої кишки), гостра механічна тонкокишкова непрохідність.

Хворі розподілені на дві групи — першу (порівняння) і другу (основну), 24 і 29 пацієнтів відповідно. В основній групі в комплекс нутритивної підтримки було включено внутрішньовенне введення дипептиду (дипептиду аланін-глутаміну для парентерального введення) у дозі 1,5 г/кг на добу. Амінокислота глютамін є важливим субстратом для метаболічних процесів при транспорті азоту, синтезі глутатіону та енергетичному обміні. Вона має великий вплив на перебіг запалення і необхідна для нормального функціонування імунних клітин. На тлі синдрому системної запальної відповіді при поширеному перитоніті витрати

глутаміну різко збільшуються, а виснаження депо глутаміну призводить до прогресивної атрофії кишечника, імунодефіциту [7]. На фоні генералізованого запалення глутамін стає есенціальною амінокислотою, що потребує її додаткового надходження.

Терміни госпіталізації хворих у клініку були від 4 годин до 2 діб з моменту захворювання, значення Мангеймського індексу перитоніту (МІП) у групах становило у групі порівняння 15,9 бали, в основній — 17,1 бали. Імунологічні методи дослідження включали визначення загального кількості СД3+, СД4+, СД8+, СД19+, рівнів IgA, IgG, IgM. Мікробіологічне дослідження перитонеального ексудату, що отримували під час операції та з дренажів черевної порожнини, проводили за уніфікованими методами.

В основній групі також проводилося післяопераційний ультрасонографічний моніторинг черевної порожнини з метою ранньої діагностики внутрішньочеревних ускладнень. Ультразвукове дослідження черевної порожнини здійснено на апараті Ultima Pro-30 конвексними датчиками з частотою 3,5–7,0 МГц.

Результати лікування оцінювали з урахуванням змін клініко-біохімічних показників стану білкового і вуглеводного обмінів, ступеня відновлення рухової активності ШКТ за даними рентгенологічного дослідження та УЗ-моніторингу черевної порожнини.

Для статистичного аналізу матеріалу застосовано програмний пакет «STATISTICA 6.0» (Statsoft, USA). Параметричні дані подавали як $M \pm m$, для порівняння груп між собою застосовано непарний t-критерій, для оцінки динаміки у групі — парний t-критерій.

Результати досліджень та їх обговорення

В I групі причиною перитоніту був гострий холецистит (5), гострий апендицит (9), перфоративна гастродуоденальна виразка (5) травма живота з пошкодженням тонкої кишки (1), гостра тонкокишкова непрохідність (4). Серозно-фібринозний ексудат мав місце у 15 хворих, фібринозно-гнійний або гнійний — у 9. У 29 хворих II групи причинами перитоніту були гострий холецистит (8), гострий апендицит (10), перфоративна гастродуоденальна виразка (5) травма живота з ушкодженням кишечника (2), гостра тонкокишкова непрохідність (4). Серозно-фібринозний ексудат мав місце у 17 хворих, фібринозно-гнійний або гнійний — у 12 пацієнтів. Усі хворі одержували комплексне лікування, складовими частинами якого були хірургічне втручання (лапаротомія з усуненням джерела перитоніту, блокада брижі тонкої кишки розчином новокаїну, санація та дренажування черевної порожнини, ентєральна декомпресія), корекція порушень гомеостазу, ан-

тибактеріальна терапія, стимуляція моторно-евакуаторної функції кишечника. Черевну порожнину дренивали двопросвітними силіконовими трубками через окремі розрізи передньої черевної стінки. Ентєральна декомпресія здійснювалася трансназально шляхом тотальної інтубації кишки двопросвітним поліфункціональним зондом через який проводили активну аспірацію вмісту, кишковий лаваж та ентєросорбцію. Сеанси кишкового лаважу та ентєросорбції виконували 2–3 рази на добу шляхом введення через інфузійний канал зонда глюкозоелектролітного розчину з додаванням ентєросорбенту (ентєродез, ентєросгель в об'ємі до 2000 мл/добу). Поетапно переходили на введення суміші для ентєрального харчування (Пептамен). Відповідно до збільшення харчової цінності ентєрального живлення зменшувався об'єм внутрішньовенної інфузійної терапії і парентерального харчування. Антибактеріальна терапія до отримання результатів бактеріологічного дослідження ексудату носила емпіричний характер на другому етапі проводилася зміна режиму антибіотикотерапії з урахуванням чутливості мікрофлори. Як правило, призначалися фторхінолони II-III поколінь в поєднанні з метронідазолом, цефалоспорины II-III-IV поколінь в поєднанні з аміноглікозидами та метронідазолом, або карбапенемами при вкрай важкому стані хворих.

У хворих, які були оперовані в реактивній стадії перитоніту з приводу перфорації гастродуоденальної виразки або гострого холецистити, виявлено найменший ступінь бактеріальної контамінації перитонеального ексудату, який не перевищував значень 10^4 – 10^5 КУО/мл. У токсичній та термінальній стадіях бактеріальна контамінація перитонеального ексудату зростала до рівня 10^5 – 10^7 КУО/мл. При деструкції апендикса й в реактивній стадії перитоніту ступінь бактеріальної контамінації склав 10^6 – 10^7 КУО/мл та досягав у токсичній та термінальній стадіях значень 10^7 – 10^9 КУО/мл. Після проведення санації рівень мікробного обсіменіння черевної порожнини становив 10^2 – 10^4 КУО/мл та прогресивно знижувався за даними дослідження ексудату з дренажів.

Мікрофлора з ексудату була представлена стафілококами (34,3 %), кишковою паличкою (26,4 %), мікробними асоціаціями (10,8 %). Найбільш часто зустрічалася мікробна асоціація кишкової палички і стрептококів (13,4 %). Анаеробна флора в асоціації з кишковою паличкою спостерігалася в 9,8 % випадків.

Аналіз результатів лікування дозволив визначити ступінь тяжкості метаболічних розладів у хворих на перитоніт і ефективність її корекції при застосуванні ентєрального харчування в поєднанні з парентеральним введенням глутаміну. На I добу після операції у хво-



рих обох груп констатовано виражені прояви порушення водно-електролітного, білкового, вуглеводного і ліпідного обміну. Так, катаболічна спрямованість обміну в основній групі зумовила диспротеїнемію (загальний білок — $53,2 \pm 1,5$ г/л, альбумін — $21,3 \pm 1,5$ г/л, глобуліни — $27,2 \pm 1,2$ г/л, трансферин — $1,58 \pm 0,17$ г/л, коефіцієнт А/Г — 0,71). Відзначено зростання порівняно з нормою показників С-реактивного білка — $14,17 \pm 1,61$ мг/дл ($p < 0,05$). Ці показники в групі порівняння на тому ж терміні були близькими за значеннями ($p > 0,05$). В основній групі більш ранні терміни (з сьомої доби) відзначено тенденцію до нормалізації цих показників — підвищення рівня загального білка до $62,5 \pm 1,2$ г/л, альбуміну — до $33,7 \pm 0,6$ г/л, глобулінів — до $30,8 \pm 1,3$ г/л, трансферину — до $2,31 \pm 0,15$ г/л. Коефіцієнт А/Г зріс до $1,12 \pm 0,4$. Концентрація С-реактивного білка знизилася до $2,11 \pm 0,89$ мг/дл ($p < 0,05$ порівняно з групою порівняння на тому ж терміні).

В обох групах з 1 доби після операції відмічено зниження індексу СД4/СД8 за рахунок зменшення СД4 при зниженні СД8 кількості, СД19 і рівня IgG, IgA. З 3 доби відзначена позитивна динаміка показників з нормалізацією на 14 добу кількості СД19 і рівня IgG. При розвитку важкого сепсису і септичного шоку відбувалося різке зниження індексу СД4/СД8 за рахунок зменшення кількості СД4 на тлі збільшення СД8. Відмічено зниження вмісту СД19, рівнів IgA, IgG, IgM. Негативна динаміка показників зберігалася до 7 діб, а IgA, IgM до 14 діб після операції, з більш ранньої нормалізацією в основній групі. Порівнюючи показники імунної реактивності обох груп встановлено, що показники імунітету покращувались в обох групах, але у хворих, яким в комплексі нутритивної підтримки застосований депіптивен, відновлення імунних показників було більш вираженим. З показників гуморального імунітету ефективніше відновлювалась кількість В-лімфоцитів і рівень концентрації IgG.

При оцінці функціонального стану ШКТ в І-шу добу післяопераційного періоду у хворих обох груп прояви порушення функціонального стану ШКТ були ідентичними. При цьо-

му рівень всмоктування електролітного розчину становив не більше $20 \pm 0,65$ % від об'єму введеної кількості. Була відсутня перистальтика, а кількість евакуйованого шлункового вмісту сягала 1300–1500 мл на добу. У групі порівняння відновлення моторно-евакуаторної діяльності ШКТ, як правило, відбувалося до 5–6 доби післяопераційного періоду. Приблизно в ці ж терміни починали відновлюватися процеси всмоктування. Водночас об'єм евакуйованого шлункового вмісту становив близько $250 \pm 24,5$ мл/добу. Відновлення моторно-евакуаторної і всмоктувальної функцій тонкої кишки в більш ранні строки дозволило істотно скоротити тривалість назоінтестинальної інтубації (з $6,6 \pm 0,5$ у групі порівняння до $4,3 \pm 0,4$ діб в основній групі ($p < 0,05$)).

УЗ-моніторинг черевної порожнини дозволив своєчасно діагностувати ранню спайкову кишкову непрохідність у 2 хворих основної групи. У цих хворих відмічено такі патогномонічні ультразвукові ознаки, як: візуалізація складок слизової, анехогенний вміст в просвіті кишки, перепад діаметрів тонкої кишки, маятникоподібна перистальтика, вільна рідина в черевній порожнині. Крім того, використання УЗД черевної порожнини в динаміці спостереження дозволило візуалізувати у 4 хворих патогномонічні ознаки абсцесу, що формуються, у вигляді внутрішньочеревного скупчення рідини. Своєчасна діагностика цих ускладнень дала можливість провести цілеспрямовану корекцію антибактеріального терапії, стимуляції кишечника в результаті чого вдалося добитися інволюції цих утворень.

Висновки.

1. Згідно з отриманих клінічних, рентгенологічних, ультразвукових даних, застосування нутритивної підтримки, збагаченої глютаміном при перитоніті у осіб похилого віку забезпечує функціональну нормалізацію ШКТ у більш ранні терміни. 2. Проведення ультразвукового моніторингу черевної порожнини дозволяє своєчасно запідозрити розвиток внутрішньочеревних ускладнень.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамзатов Х.А. Сравнительная оценка методов прогнозирования исходов острого перитонита / Х.А. Гамзатов // Вестник хирургии. — 2008. — Т. 167. — № 6. — С. 96–99.
2. Кавин В.О. Лікування хворих з гострим перитонітом та показники важкості їх стану / В.О. Кавин // Клінічна хірургія. — 2008. — № 4 — 5. — С. 15–16.
3. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях / Т.С. Попова, А.Е. Шестопалов, Т.Ш. Тамазашвили, И.Н. Лейдерман. — М.: Изд. Дом "М-Вести", 2002. — 320 с.
4. Подачин П.В. Перитонит / П.В. Подачин, Е.Б. Гельфанд // в кн.: интенсивная терапия: национальное руко-

- водство: в 2-х томах, под. ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 — т. II. — С. 344–358.
5. Савельев В.С. Хирургическое лечение перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, И.А. Ерюхин // Инф. в хир. — 2007. — № 2. — С. 7–10.
6. Синдром кишечной недостаточности в неотложной абдоминальной хирургии (от теории к практике) / А.С. Ермолов, Т.С. Попова, Г.В. Пахомова, И.С. Утешев. — М.: Мед-ЭкспертПресс, 2005. — 304 с.
7. De-Souza DA. Intestinal permeability and systemic infections in critically ill patients: Effect of glutamine / DA. De-Souza, LG. Greene // Crit Care Med. — 2005. — № 33(5). — P. 1175–1178.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В.И. Лупальцов, А.И. Ягнюк,
Р.С. Ворощук, И.А. Дехтярук

OTIMIZATION OF THE TREATMENT OF DIFFUSE PERITONITIS OF ELDERLY AGE PATIENTS

V.I. Lupaltsov, A.I. Yagnyuk,
R.S. Voroshchuk,
I.A. Dehtyaruk

Резюме. Обследовано 53 больных (мужчин — 17 (32,1 %), женщин — 36 (67,9 %)) в возрасте от 60 до 79 лет с распространенным вторичным перитонитом, причиной которого была деструкция полого органа (перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый перитонит, перфорация тонкой кишки), острая механическая тонкокишечная непроходимость. Больным основной группы (29) в комплекс питательной поддержки было включено внутривенное введение дипептиду аланин-глутамин и также проводился ультразвуковой мониторинг органов брюшной полости с целью диагностики послеоперационных осложнений.

Анализ результатов лечения показал более эффективную коррекцию метаболических расстройств у больных с перитонитом при проведении энтерального питания в сочетании с парентеральным введением глутамин. Восстановление моторно-эвакуаторной и всасывающей функции тонкой кишки у больных основной группы происходило в более ранние сроки, что позволило значительно сократить длительность назоинтестинальной интубации. При ультразвуковом мониторинге брюшной полости диагностирована ранняя спаечная непроходимость у 2 больных и патогномоничные признаки формирующихся абсцессов еще в 4 случаях. Своевременная диагностика этих осложнений позволила провести целенаправленную коррекцию лечения и добиться регресса осложнений.

Ключевые слова: перитонит, энтеральное питание, глутамин, ультразвуковой мониторинг.

Summary. The study is based on 53 patients (17 males (32,1 %), 36 women (67,9 %)) aged 60 to 79 years with diffuse secondary peritonitis. Causes of peritonitis were destruction of the hollow body (perforated gastric ulcer and duodenal ulcer, acute peritonitis, perforation of the small intestine) and acute mechanical small bowel obstruction. Patients from the main group (29) had additional nutritional support with intravenous dipeptide alanine-glutamine, and also undergoes by ultrasound monitoring of the abdominal cavity for diagnosis of postoperative complications.

Analysis of treatment results showed a more effective correction of metabolic disorders in patients with peritonitis with enteral nutrition in combination with the parenteral administration of glutamine. Restoration of motor-evacuation and suction function of the small intestine in patients of the main group started at an earlier time, thus significantly reducing the time duration of nasointestinal intubation was possible. Early adhesive obstruction of the abdominal cavity was diagnosed in 2 patients by ultrasound monitoring and pathognomonic signs of abscesses formed in 4 cases. Early diagnosis of these complications made possible their proper treatment and regression.

Key words: peritonitis, enteral nutrition, glutamine, ultrasound monitoring.