

*Гресько М. М.,*

*кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії  
Буковинського державного медичного університету*

*Сташишена О. В.,*

*студент лікувального факультету  
Буковинського державного медичного університету*

*Колібаба С. В.,*

*студент лікувального факультету  
Буковинського державного медичного університету*

## СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

**Анотація.** Проаналізовано результати лікування 361 хворих на гострий перитоніт і встановлено істотні розбіжності на етапі діагностики у осіб похилого віку та у хворих з супутніми системними захворюваннями. Стаття присвячена запровадження в ургентному порядку відеолапароскопій з метою попередженню вірогідних розбіжностей під час діагностування хірургічної патології в очеревинній порожнині.

**Ключові слова:** гострий перитоніт, діагностика, відеолапароскопія.

**Постановка проблеми.** Гострий перитоніт – найчастіша причина післяопераційної летальності у невідкладній абдомінальній хірургії. Саме тому, ця проблема актуальна і дотепер нерозв'язана в хірургії [1, с. 34-38]. Безсумнівні досягнення світової клінічної та експериментальної хірургії впродовж останнього сторіччя поглибили розуміння суті процесів етіології та патогенезу гострого запалення очеревини: встановлено зв'язок між лабораторними ознаками активної запальної реакції та прогнозом у хворих середнього та старечого віку [2, с. 35-39], значення мікрофлори та реактивності організму хворого, завдань та алгоритму хірургічних втручань [4, с. 60-68]. Але вони часто не узгоджуються між собою [5, с. 85-95], і це призвело до виникнення термінологічних розбіжностей в трактуванні та стало причиною некоректного порівняння результатів діагностики та лікування хворих з перитонітом [6, с. 53-58].

Для підвищення об'єктивності та більш точного підходу до результатів діагностики та лікування були створені стандарти організації надання невідкладної медичної допомоги хворим з гострим перитонітом. З плином часу і вони потребують вдосконалення та доопрацювання [7, с. 121-124].

**Мета дослідження.** На базі аналізу клінічного перебігу, лабораторних, інструментальних методів дослідження напрацювати нові та вдосконалити існуючі методи діагностики у хворих на гострий перитоніт, оцінити ефективність їх клінічного застосування.

**Матеріали і методи.** Матеріал дослідження утворили 361 хворих на гострий перитоніт, у яких проведено ретроспективний аналіз кількісних і якісних параметрів проявів захворювання до операції (за історіями хвороб) та їх відповідність даним протоколів операцій за період 2002-

2012 років. Серед них було чоловіків – 237 (65,6%), жінок – 124 (34,4%), віком від 23 до 82 років (середній вік – 54,61±4,63 роки).

За причинами виникнення перитоніту розподіл хворих був наступним: унаслідок гострого апендициту в 67 хворих (18,6%), гострий деструктивний холецистит – 78 хворих (21,6%), гострий деструктивний панкреатит – 53 хворих (14,7%), перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки – 39 хворих (10,8%), патологія кишечника (непрохідність, перфорація, тощо) – 52 хворих (14,4%). У 25 хворих перитоніт ускладнював післяопераційний період (6,9%), решта пацієнтів набули перитоніт внаслідок травм (24–6,6%) або гінекологічної патології (33–9,1%).

Інтраопераційно перитоніт розцінено як розлитий в 31% хворих, дифузний в 39%, місцевим не відмежованим у 17%, відмежованим – у 13% випадків. Летальність складала 9,1%.

За ступенем тяжкості перебігу 127 хворих було з II ступенем тяжкості; 96 хворих – III А ступенем і 138 хворих – III Б ступенем.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм «Statgrafics» та «Exel 7.0».

**Результати досліджень та їх аналіз.** Усім хворим на момент госпіталізації проводилось фізикальні огляди і комплексне загальноприйняте лабораторно-інструментальне обстеження. Серед лабораторних параметрів особливого діагностично-прогностичного значення надавали динамічному моніторингу токсико-запальних показників: лейкоцити крові та зміни лейкоцитарної формули; гемоглобін; кольоровий показник; білірубін, креатинін та сечовина крові; загальний білок; гематокрит, а також ультрасонографія, рентгенографія, при потребі – комп'ютерна томографія живота. В процесі об'єктивного обстеження хворого звертали увагу на наявність симптомів гострого перитоніту.

Передопераційна підготовка полягала у максимально можливій корекції водно-електролітного балансу, функцій основних життєзабезпечуючих органів і систем, емпіричній антибіотикотерапії. Усіх хворих оперовано під ендотрахеальним наркозом в межах 6 годин від госпіталізації. Невідкладне оперативне втручання полягало в ліквідації джерела гострого перитоніту і його санації та дрениванні черевної порожнини. У кожному випадку проводилась аспірація ексудату черевної порожнини для бактеріоло-

гічного дослідження та визначення чутливості патогенної мікрофлори до антибіотиків.

Запрограмована лапароперція як складова компоненту оперативного втручання, використана у 152 хворих. Вимушені релапаротомії у зв'язку з прогресуванням перитоніту (неспроможність швів), розвитком кишкової непрохідності та евентрацією застосовано 25 хворих. Померли 19 хворих з післяопераційним перитонітом. Основною причиною смерті визнано поліорганну недостатність, зумовлену тяжкою мікробною та ендогенною інтоксикацією.

За даними наших спостережень встановлено, що дуже важко діагностувати хірургічні захворювання у осіб похилого віку та у хворих з супутніми системними захворюваннями. У них також спостерігається збільшення частоти ускладнень, що можна обґрунтувати наступними чинниками: має місце зміна клінічного перебігу хвороби; наявність суттєвих відмінностей клінічної маніфестації хірургічних захворювань; стертість клінічних проявів запальних процесів та їх невідповідність вираженості морфо-функціональним змінам в тканинах і органах; спотворення лабораторних показників, в першу чергу, лейкоцитарної формули крові.

А це, в свою чергу, призводить до наступних наслідків: діагностичних помилок; неадекватності лікувальних заходів; зростання частоти ускладнень; зростання летальності; подовження строків лікування. Тому ранню діагностику хірургічних захворювань та її об'єктивізацію можна підвищити шляхом розширення показів до використання діагностичних відеолапароскопій, які переходять у лапароскопічні або лапаротомні оперативні втручання (таблиця 1).

Таблиця 1

**Результати відеолапароскопій:**

Виявлена патологія	Кількість хворих	Оперативне втручання
Гострий холецистит	42	Холецистектомія, дренивання черевної порожнини
Гострий апендицит	6	Апендектомія, дренивання черевної порожнини
Перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки	7	Зашивання або резекція шлунку, дренивання черевної порожнини
Гострий деструктивний панкреатит	19	Дренивання чепцевої сумки або запрограмована лапароперція, дренивання черевної порожнини
Перитоніт внаслідок травм	18	Об'єм оперативного втручання визнається субопераційно
Патологія кишечника (непрохідність, перфорація, тощо)	12	Об'єм оперативного втручання визнається субопераційно
Гінекологічний перитоніт	8	Санация та дренивання малого тазу
Всього	112	

Отримані результати дозволили нам також з метою визначення подальшої лікувальної тактики розширити покази до використання малоінвазивних методів оперативних втручань у хворих з поєднаною хірургічною патологією. Зважаючи, що малоінвазивні оперативні втручання забезпечують радикальність при меншій травматичності, вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 112 хворих.

**Висновки:**

1. Стандарти організації надання невідкладної медичної допомоги хворим з гострим перитонітом потребують вдосконалення у осіб похилого віку та у хворих з супутніми системними захворюваннями.

2. На етапі діагностики гострого перитоніту з метою попередження вірогідних розбіжностей слід ширше ставити покази до використання в ургентному порядку відеолапароскопій.

**Перспективи наукового пошуку у даному напрямку** полягають у подальшому вивченню і опрацюванні гострого перитоніту з врахуванням патогенетичних чинників його виникнення та розвитку.

**Література:**

1. Перитонит: инфузионно-трансфузионная и детоксикационная терапия / Ханевич М.Д., Селиванов Е.А., Староконь П.М. – М.: МедЭкспертПресс, 2011 – С. 34–38.
2. Братусь В.В. Атеросклероз, ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром / Братусь В.В., Чумаков В.А., Талаєва Т. В. – К., 2004. – С. 35–39.
3. Распространённый гнойный перитонит / Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н. [и др.]. – Харків: Прапор, 2008 – С. 91–95.
4. Фомін П.Д. Абдомінальний сепсис / Фомін П.Д., Сидорчук Р.І. // Сучасні медичні технології. – 2009. – № 4. – С. 60–68.
5. Paetz J. Finding optimal decision scores by evolutionary strategies / J. Paetz // Artif. Intell. Med. –2004. – Vol. 32. – № 2. – P. 85–95.
6. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / Сипливий В.О., Дронов О.І., Конь К.В., Євтушенко Д.В. – К.: Майстерня Книги, 2009 – С. 53–58.
7. Хирургический сепсис: современные подходы к оценке тяжести / Сипливый В.А., Гринченко С.В., Береснев А.В. [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2009. – № 1. – С. 121–124.

**Гресько М. М., Стасьшена О. В., Колибаба С. В. Современные диагностические критерии острого перитонита**

**Анотация.** Проанализированы результаты лечения 361 больных на острый перитонит и установлены существенные различия на этапе диагностики у лиц пожилого возраста и у больных с сопутствующими системными заболеваниями. Данная статья посвящена ведению в ургентном порядке видеолапароскопий с целью предупреждению вероятных разногласий при диагностировании хирургической патологии в брюшинной полости.

**Ключевые слова:** острый перитонит, диагностика, видеолапароскопия.

**Gresko M., Stasyshena O., Colibaba S. The current diagnostic criteria for acute peritonitis**

**Summary.** Results of treatment of 361 patients with acute peritonitis and found significant differences in stage of diagnosis in the elderly and in patients with concomitant systemic diseases. Introduction in urgent videolaparoscopy order to prevent the probable differences in surgical pathology diagnosis of peritoneal cavity is dedicated to this article.

**Key words:** acute peritonitis, diagnosis, videolaparoscopy.