

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання». В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймлюючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та подовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепарували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, зтягуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій кишці.

Оцінку результатів лікування ми провели по наступних параметрах: больові відчуття пацієнта в післяопераційному періоді, реакцію тканин на проведену маніпуляцію (кровотеча, запалення, інфільтрація, коагуляційний некроз), частота післяопераційних ускладнень, тривалість заживання післяопераційної рани, зручність роботи з апаратом.

Слід відмітити, що гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції були помірнішими. Тривалість ліжка-дня в середньому було 8-9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.

**Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.**

#### **ВИКОРИСТАННЯ КІСТКОВОГО БАНКУ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ТА ОРТОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій  
Буковинський державний медичний університет*

На сучасному етапі розвитку травматології та ортопедії дедалі гостро постає питання заміщення кісткових дефектів при первинному, а особливо ревізійному ендопротезуванні кульшових та колінних суглобів.

Кісткова пластика – це пересадка кісткової тканини з метою заміщення дефектів кістки та біологічної стимуляції регенерації кісткової тканини. Розрізняють: аутопластику (пересадку власної кістки); аллопластику (пересадку донорської кістки того ж виду); ксенопластику (пересадку донорської кістки іншого біологічного виду). Застосування донорської кістки того ж біологічного виду в ендопротезуванні кульшового суглобу було завжди виправдано при наявності дефектів, пов'язаних з диспластичними змінами вертлюгової западини, лізисом кістки при ревматоїдному артриті, дефектів, що виникли при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу.

Для заготівлі кісткового матеріалу, їх обробки та зберігання існують спеціальні лабораторії - кісткові банки. Вони функціонують в більшості Західних країн вже понад 20 років. Настав час створити кістковий банк і в Україні. Під час ендопротезування кульшового суглобу головка стегнової кістки утилізується, однак наявність кісткового банку дає можливість головку стегнової кістки зберігати протягом тривалого часу та подальшого використання її, як кісткового матеріалу, під час первинного, а особливо, ревізійного ендопротезування кульшового та колінного суглобів. Основним методом консервації донорської кістки є заморожування при температурі  $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$ , з наступним зберіганням при температурі  $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$  в ліофілізованому вигляді в пластмасових брикетах, з подальшим використанням протягом тривалого часу. Існує чіткий алгоритм забору біологічного матеріалу, дотримання якого є запорукою безпеки пацієнта. Фактори виключення пацієнта лікарем-ортопедом: хронічні психічні розлади, інсулін залежний діабет, ревматоїдний артрит, хронічний гепатит, хронічний нефрит, онкологічне захворювання, наркотична залежність, переливання крові, довготривала стероїдна терапія, хронічна інфекція.

За період з 2010 по 2014 роки було забрано біологічний матеріал (головку стегнової кістки) у 68 (100%) пацієнтів, обстежено в лабораторії «Букінтермед» згідно алгоритму та визнано придатними до використання 56 (82,3%), з 12 (17,7%) непридатних 8 (11,8%) головок дали позитивний бактеріологічний засів.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, що знаходилися на лікуванні з 2010 по 2014 рр. у шведсько-українському медичному центрі «Енгельгольм», м. Чернівці. Кісткова пластика була використана під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба у 43 (76,8%) хворих для пластики вертлюгової западини, ревізійного ендопротезування колінного суглоба для пластики кістки при встановленні феморального та тібіального компонентів ендопротезу у 4 (7,1%) хворих, з метою пластики дефекту стегнової кістки при переломах дистального метаепіфізу стегнової кістки у 3 (5,4%) хворих, пластики дефекту великогомілкової кістки при заміщенні дефекту проксимального мета епіфізу у 4 (7,1%) хворих та артрорезування колінного суглобу в 2 (3,6%) хворих з метою заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглобу.

В ранньому після операційному періоді в 38 (88,3%) пацієнтів після ревізійного ендопротезування кульшового суглоба з пластикою вертлюгової западини з 1 по 4 дні відмічалася вечірня гіпертермія до  $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ , яка поступово знижувалася протягом 5 - 6 днів. Клініко-лабораторні показники відмічали значне підвищення



рівня лейкоцитів, ШОЕ, С-реактивного білку, полічкочядерних нейтрофілів - з подальшим зниженням на 7- 10 день. Як правило, молоді пацієнти важче переносять ранній післяопераційний період, що проявлялося лихоманкою, місцевою гіпертермією, вираженим набряком та локальною болочістю в місці післяопераційної рани, - це пов'язується з вищою реактивністю організму.

По клініко-рентгенологічній картині остеоінтеграція та перебудова кісткового аллотрансплантату проходила в терміни від 5 до 8 міс, тобто повільніше. Оцінку проводили по даним контрольних рентгенограм, хорошим вважали результат при відсутності ділянок остеолізу біля компонентів і наблизенні рентгенологічної структури аллотрансплантату до щільності нормальної кістки.

Отже, потреба в кістковому банку зростає, оскільки збільшується кількість оперативних втручань з приводу ендопротезування кульшового та колінного суглобів, що веде до необхідності застосування кісткової пластики під час ревізійного втручання у зростаючої кількості пацієнтів. Наявність кісткового банку значно здешевлює ревізійні операції та дає можливість мати велику кількість донорської кістки при значних дефектах дна та даху вертлюгової западини. Дотримання алгоритму консервації та обстеження є запорукою уникнення інфекційних, алергічних та імунологічних реакцій.

**Васюк В.Л., Коваль О.А., Кирилюк С.В.**

#### **МАЛОІНВАЗИВНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ PILON'A**

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій  
Буковинський державний медичний університет*

Внутрішньо суглобові та біля суглобові переломи дистального метаепіфізу великогомілкової кістки складають 9% від усіх переломів великогомілкової кістки та біля 1% від переломів решти локалізацій. Термін «перелом Pilon'a» походить від французького «Pilon», що означає «молоток», а механізм травми при таких пошкодженнях характеризується ударом блоку таранної кістки в дистальний відділ великогомілкової кістки наче булавою. В наш час доволі частим явищем являється припущення помилок в діагностиці та лікуванні переломів дистального відділу гомілки, що призводить, в результаті, до тривалої непрацездатності та інвалідизації. Однією з причин невдач являється неадекватний підхід до лікування, саме тому стандартним підходом зараз являється тактика, яка базується на класифікації АО.

Мета дослідження вказати на вибір тактики лікування для того щоб отримати кращі віддалені результати.

В наш час найчастішим методом лікування являється використання відкритого металоостеосинтезу з використанням різних видів імплантів, що являється більш стабільним остеосинтезом. Проте, в ході дослідження було виявлено, що при використанні малоінвазивних методів лікування, покращуються віддалені результати зі зменшенням ускладнень. Дослідження проводилось на основі лікування двох груп пацієнтів, до якої входило 70 людей різного віку та статі, що знаходилися на лікуванні з 2010 по 2014 роки в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці, де їм було проведено діагностику на основі рентгенологічного обстеження в двох проекціях та КТ даної ділянки. Після підтвердження діагнозу та узгодження тактики лікування були проведені оперативні втручання з приводу переломів Pilon'a різними методами фіксації.

Першу групу складало 28 хворих віком від 20 до 52 років (чоловіків – 16, жінок – 12), яких лікували оперативним методом відкритого остеосинтезу пластинами та гвинтами. Друга група, до якої входило 42 хворих, віком від 25 до 45 років (чоловіків – 22, жінок – 20), лікувалися методом малоінвазивного остеосинтезу за допомогою спиць, канюльованих гвинтів та полімерних гвинтів, що розсмоктуються. В післяопераційному періоді виконано контрольні рентгенограми в двох проекціях та догляд за м'якими тканинами (загоєння ран та зменшення набряку).

Віддалені результати через 2 роки показали, що частота виникнення ускладнень у вигляді післятравматичного артрозу гомілково-ступеневого суглобу пошкодженої кінцівки у першій групі досліджуваних хворих більша ніж у другій.

Отже, можна стверджувати, що в результаті малоінвазивного методу лікування спостерігаються кращі віддалені результати. В першій групі хворих післятравматичний артроз I ступеня спостерігався в 5 хворих, II ступеня у 6, III ступеня у 4. В другій групі хворих після травматичний артроз I ступеня спостерігався у 4 хворих, II ступеня у 2, III ступеня в 1. При застосуванні малоінвазивного остеосинтезу переломів Pilon'a в другій групі хворих післятравматичний артроз I ступеня спостерігався на 25% менше, ніж у першій групі, II ступеня на 32%, III ступеня на 12%. Це свідчить про переваги малоінвазивних технологій хірургічного лікування переломів Pilon'a.

**Войтів Я.Ю.**

#### **ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ**

*Кафедра хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) є однією із найважливіших проблем практичної медицини. Як причина раптової смерті вона посідає третє місце серед серцево-судинних захворювань. За даними патологоанатомічного дослідження, частота фатальної ТЕЛА коливається в широких межах і складає 0,05–25 %





(у середньому 10 %). Із розвитком ТЕЛА пов'язано від 5 до 15% смертельних випадків у хірургічних стаціонарах.

За результатами Фремінгемського дослідження, частота ТЕЛА складає 15,6 % від усієї лікарняної летальності. У зв'язку з цим, метою нашої роботи було проведення клінічно-патоморфологічного аналізу фатальної внутрішньолікарняної ТЕЛА у пацієнтів, госпіталізованих у хірургічний стаціонар.

У роботі методом ретроспективного дослідження вивчено протоколи автопсії та історії хвороб хворих, померлих від внутрішньолікарняної ТЕЛА в хірургічному відділенні обласної клінічної лікарні (ОКЛ) за 9 місяців 2013 року.

Провівши аналіз летальності в хірургічному відділенні ОКЛ, виявлено, що за вказаний період у відділенні проліковано 1962 хворих, померло 25 (0,1%), з них від ТЕЛА – 7 (28%). Прооперовано хворих – 1234, померло – 17 (1,3% - післяопераційна летальність), з них від ТЕЛА – 5 (29,4%).

Причинами високої кількості фатальної ТЕЛА в хірургічному стаціонарі, на наш погляд, є: 1. Неадекватна оцінка критеріїв ризику тромбоемболізму (клінічні, лабораторні, інструментальні); 2. Неадекватне проведення профілактичних заходів: відсутнє передопераційне введення антикоагулянтів, пізнє введення після операції, неадекватні доза, недостаня тривалість антикоагулянтної терапії; 3. Відсутність належного лабораторного контролю гемостазу; 4. Недостатнє використання немедикаментозних методів профілактики тромбоемболій (активний руховий режим пацієнта, еластичне бинтування, переміжна пневматична компресія).

Згідно Міждисциплінарних клінічних рекомендацій (Київ, 2011), слід виділяти наступні групи ризику:

А) Низький ризик:

– неускладнені невеликі хірургічні втручання до 45-60 хв., у хворих віком до 40 років – без супутніх факторів ризику.

Б) Помірний ризик:

– невеликі операції у хворих до 40 років з наявністю факторів ризику;  
– різні (великі та малі) хірургічні втручання у хворих 40-60 років без факторів ризику;

В) Високий ризик:

– малі хірургічні втручання у хворих більше 60 років за наявності факторів ризику;  
– великі хірургічні втручання у хворих віком більше 60 років без факторів ризику;  
– великі хірургічні втручання у хворих віком від 40 до 60 років, які мають фактори ризику;  
– великі хірургічні втручання у хворих віком до 40 років на фоні злякисного новоутворення та тромбоемболічних захворювань в анамнезі.

Згідно існуючого клінічного протоколу «Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології» (Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 329) тромбопрофілактика повинна виконуватися перед- та після операційного втручання в стаціонарі. Загальна передопераційна профілактика включає швидку активізацію хворих, своєчасне поповнення рідини, обмеження гемотрансфузій, більш досконалий діагностичний контроль з виявленням прихованих форм ТГВ.

Рекомендовані профілактичні дози нефраціонованого гепарину (НФГ) та низькомолекулярних гепаринів (НМГ):

Помірні ( у хворих з середнім ризиком тромботичних ускладнень): НФГ – по 5000 ОД X 2 рази на день п/ш під контролем аЧТЧ та кількості тромбоцитів; НМГ < 3400 ОД (еноксапарин – 20 мг, надропарин – 0,3, далтепарин – 2500 ОД один раз на добу п/ш).

Високі ( у хворих з високим ризиком): НФГ – по 5000 ОД X 3 рази на добу п/ш під контролем аЧТЧ та кількості тромбоцитів; НМГ > 3400 ОД (еноксапарин – 40 мг, надропарин – 0,4, далтепарин – 3500 ОД за одно чи 2 введення на добу п/ш) під контролем кількості тромбоцитів.

Отже, лише комплексний підхід з адекватною оцінкою критеріїв ризику тромбоемболізму; проведення профілактичних та лікувальних заходів, відповідно до існуючих клінічних протоколів; наявність належного лабораторного контролю системи гемостазу та активне використання немедикаментозних методів профілактики тромбоемболій дозволить зменшити частоту виникнення фатальних ТЕЛА у хворих хірургічного стаціонару.

**Гирла Я.В., Ткачук Н.П.**

#### **ДЕЯКІ ФАКТОРИ РЕЦИДИВУ ГІПЕРТИРЕОЗА У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТОКСИЧНИХ ФОРМ ЗОБА**

*Кафедра хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

У більшості пацієнтів, які перенесли оперативне втручання на щитоподібній залозі (ЩЗ) з приводу гіпертиреодних форм зоба, у післяопераційному періоді виявляються функціональні порушення ЩЗ різного ступеня важкості. Найбільш частим є зниження тиреоїдної функції (гіпотиреоз), який після операції, залежно від її обсягу, зустрічається від 15 до 75% випадків. Проте, на досить високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який зустрічається в 10-15 % випадків оперованих хворих.

У зв'язку з цим, метою нашої роботи було виявлення деяких ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді та можливих способах його корекції.

Обстежено 36 хворих, які в анамнезі були оперовані з приводу гіпертиреодних форм зоба. Обсяг



оперативного втручання залежав від тяжкості тиреотоксикозу, віку пацієнтів та обсягу ураження вузловою тканиною щитоподібної залози. В основному були застосовані органозберігаючі операції із збереження макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози.

Серед обстежених, у 21 пацієнтів (58,3%) порушень тиреоїдного статусу не діагностовано. У 10 хворих (27,7%) діагностовано різні ступені зниження функціональної активності ЩЗ (гіпотиреоз). Цім пацієнтам було призначено тривалу замісну терапію левотироксином, залежно від показників тиреоїдного статусу. Клінічно-лабораторні ознаки рецидиву гіпертиреозу у післяопераційному періоді виявлені у 5 (13,7%) пацієнтів.

Для в'яснення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена активність процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту та імунологічної реактивності.

Встановлено, що у пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреоїдним станом, мало місце порушення балансу між про- та антиоксидантними системами. А саме, надмірна активація процесів пероксидного окиснення (зростання рівня малонового альдегіду з  $5,71 \pm 0,132$  до  $15,31 \pm 0,131$  мкм/л; окиснювальної модифікації білків з  $1,38 \pm 0,021$  до  $1,44 \pm 0,015$  од.опт.густ/мл) на тлі суттєвого пригнічення активності антиоксидантної системи (каталази з  $23,37 \pm 0,462$  до  $19,06 \pm 0,661$  мкмоль/хв.л; глутатіону відновленого з  $1,03 \pm 0,024$  до  $0,76 \pm 0,032$  мкмоль/мл; загальної антиоксидантної активності плазми з  $55,02 \pm 0,241$  до  $47,55 \pm 0,072$ %).

Виявлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ( $56,01 \pm 1,832$ % проти  $61,99 \pm 1,121$ % у пацієнтів з еутиреоїдним станом), зростання питомої ваги В-лімфоцитів ( $32,28 \pm 1,722$ % проти  $16,74 \pm 0,773$ % відповідно), значиме зростання концентрації IgG ( $13,06 \pm 1,412$  проти  $10,26 \pm 0,154$  г/л) та ЦІК ( $124,14 \pm 15,434$  проти  $70,02 \pm 4,051$  г/л). Вірогідно зростали рівні АТ-ТПО ( $156,07 \pm 66,933$  проти  $31,48 \pm 5,516$  МО/мл;  $p < 0,01$ ) та АТ-ТГ ( $305,91 \pm 57,017$  проти  $89,6 \pm 8,81$  МО/мл;  $p < 0,01$ ).

Проаналізована також, залежність рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 5 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання однієї субтотальної резекції ЩЗ (2 випадки) та гемітиреоїдектомії (3 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (19 випадків) та гемітиреоїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (12 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреоїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреодні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді. Також, ймовірними факторами рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді можуть слугувати підвищена активність процесів пероксидації, особливо окисної модифікації білків, із пригніченням системи антиоксидантного захисту, що призводить до зміни структур тиреоцитів та тиреоїдних гормонів, які набувають антигенних властивостей, піддаються дії імунних реакцій, що з часом, може призвести до виникнення рецидиву гіпертиреозу після операції.

Моніторинг та ефективна корекція дисбалансу у системі пероксидації та антиоксидантного захисту, разом із адекватно підібраним обсягом оперативного втручання, є одним з шляхів запобігання виникненню рецидиву тиреотоксикозу у віддаленому післяопераційному періоді.

#### **Гресько М. М. ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ПЕРИТОНІТУ, ОЦІНКИ ВАЖКОСТІ ЙОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

В патогенезі перитоніту важливу роль відіграють універсальні медіатори клітинної відповіді на запалення - цитокіни; набір протеолітичних ферментів (узгоджена взаємодія яких лежить в основі гемокоагуляції та фібринолізу); окисно – відновні реакції, що регулюють процеси адаптаційної перебудови при різноманітних фізіологічних та патологічних станах (пероксидне окислення ліпідів, білків та амінокислот). У зв'язку з цим, одним із основних завдань нашої роботи було оптимізувати результати лікування гострого перитоніту на основі вивчення особливостей його патогенезу та 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.

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 відповідності протоколам операцій за період 2004-2014 років. Серед них було чоловіків - 237(65,6%), жінок - 124(34,4%), віком від 23 до 82 років (середній вік -  $54,61 \pm 4,63$  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%)