

# Перитоніт як ускладнення гострих хірургічних захворювань

УДК: 616.381-089

*Б.О.Мільков*

## ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ-ОДВІЧНА ПРОБЛЕМА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ

Кафедра факультетської хірургії (зав. - проф. Полянський І.Ю.)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Наведені дані 20 річного дослідження актуальних питань гострого перитоніту.  
**Ключові слова:** гострий перитоніт, діагностика, лікування.

Перитоніт, якщо розглядати в історичному аспекті, був гальмом у розвитку планової хірургії на органах черевної порожнини, був і є грізним ускладненням при їх захворюваннях, травмах. Незважаючи на певні досягнення в дослідженні цієї патології, вона потребує постійного вивчення, аналізу з метою удосконалення діагностики, лікування.

Типові клінічні прояви гострого перитоніту бувають не завжди. При місцевому перитоніті - вони можуть бути завуальовані проявами основного захворювання, що викликало перитоніт [26], при поєднаній травмі живота - клінічною картиною пошкодження інших частин тіла [29]. Рання діагностика є одним з вирішальних моментів для успішного лікування гострого гнійного перитоніту. Внаслідок травми живота, при порушенні цілісності порожнистих органів, через 2 год відсоток сегментоядерних нейтрофілів в очеревинній порожнині становить більше 50% всіх лейкоцитів - при нормі менше 40% [34]. Ці явища бувають також при вогнепальних проникаючих пораненнях живота без порушення цілісності органів. Тому при підозрі на пошкодження органів живота застосування пункції очеревинної порожнини, лапароцентезу, при яких досліджується вміст очеревинної порожнини, промивні води, мазки на цитологію, може допомогти в ранній діагностиці перитоніту за неможливості проведення лапароскопії. Використання пошукового катетера при лапароцентезі для дослідження різних ділянок очеревинної порожнини мало що може дати: при гнучкій трубці - вона серед органів зігнеться, при твердій - перфорує орган. Кращим є застосування мікролапаротомії [21], при якій за допомогою корнцангу тупфером або катетером (для аспірації вмісту) можна обстежити всі ділянки очеревини. Цей метод також показаний при метеоризмі, коли ризиковано провести лапароскопію чи лапароцентез. Дистанційна теплометрія дозволяє за інтенсивністю потоку інфрачервоного випромінювання діагностувати вогнище запалення в очеревинній порожнині [12].

Ставлячи питання про ранню діагностику та оперативні втручання у хворих на гострі хірургічні захворювання, ускладнення їх перитонітом, необхідно враховувати, що видалення незмінених органів, які можуть потенційно бути причиною перитоніту, має негативні наслідки, на що вказують проведені ними дослідження відносно червоподібного відростка [9], жовчного міхура [13]. Наявність камінців у жовчному міхурі потребує їх видалення. Ідеальним варіантом є збереження міхура, але й залишається ризик рецидиву каменеутворення. Нами проведені певні дослідження з профілактики цього ускладнення [16].

Для діагностики запального процесу органів очеревинної порожнини, перитоніту застосовується визначення кількості лейкоцитів, лейкоформули периферичної крові, які є не завжди інформативними, особливо кількість лейкоцитів [33]. Для більш об'єктивного уточнення реакції організму на запалення останнім часом рекомендується користуватися оцінюючими системами, в які входять окремі показники обстеження хворих [27, 38]. Виходячи з цього, нами розроблені критерії, що дають змогу визначати тяжкість загального стану хворого на перитоніт [11] та почати терміново проводити відповідні лікувальні заходи.

Функція кожного органа при запальному процесі має певні періоди: 1. Початковий, коли відсутні зміни, що діагностуються загальноприйнятими методами дослідження - внаслідок незначної дії запалення. 2. Різний ступінь напруження діяльності органа. При цьому створюється новий гомеостаз (патологічний) з метою сприятливого для хворого перебігу патологічного процесу (норма для патології). На певну організацію (крім дезорганізації) при патологічному процесі вказував І.В. Давидовський [3]. Звичайно її називають компенсацією. Компенсація - це намагання зберегти гомеостаз, що був до захворювання (тобто здорової людини). Норма для патології - це створення нового гомеостазу, направлено на видужання хворого. Хворий має пройти через хворобу за відповідних для цього умов. Показники нового гомеостазу можуть відрізнитися від таких у здорової людини. У той же час вихід показників за певні межі свідчить за такі порушення гомеостазу, які самі по собі є патологічним станом, що потребує корекції. В організмі хворого відбувається перебудова діяльності певних функціональних систем, стану внутрішніх середовищ, необхідних для ліквідації патологічного процесу. Важливо розібратися, які показники досліджень є відображенням «дезорганізації», а які «нормою для патології». Останні необхідно не тільки не змінювати лікувальними заходами, намагаючись привести їх до показників здорової людини, а підтримати і навіть часом посилювати. Для цього необхідно мати чітку уяву про динаміку кожного показника гомеостазу в процесі сприятливого для хворого перебігу перитоніту. Норма для патології не обмежується саногенетичними механізмами, пристосувально-відновлювальними реакціями, вона включає також штучне створення нових умов шляхом втручання ззовні - додаткового введення речовин, що іноді зумовлює їх надлишок в організмі, або тих, що взагалі немає в організмі людини, але які необхідні для лікування (наприклад, ліки, щеплення, ГБО). Наші дослідження імунного статусу при перитоніті, використанні гіперімунної плазми, літературні дані про появу в організмі хворих на перитоніт, змін у діяльності органів, функціональних систем, які сприяють ліквідації захворювання [30,40,5] - це окремі приклади норми для патології, тобто створення нового гомеостазу при перитоніті.

Слід підкреслити, що на будь-якому з етапів діяльності органів, систем, що працюють із напруженням, може перейти в дисфункцію (3 період), органу, поліоргану недостатність зворотну (4 період), незворотну (5 період). Все це залежить від інтенсивності, характеру, терміну дії патологічного процесу, ефективності лікування його та від протистояння (опорності) ураженню органів, систем. Звідси і лікування має бути направленим як на підтримку діяльності органів, систем, створення нового гомеостазу (норми для патології), так і на причину захворювання. Тому класифікація має складатися з двох частин - оцінки реакції організму на запалення (перитоніт), що обумовлює стан тяжкості хворого, визначення інтенсивності дії перитоніту на організм (ступінь тяжкості перебігу перитоніту).

У зв'язку з тим, що одним із ведучих факторів патогенезу гострого перитоніту є сндотоксикоз, необхідно його визначати [35]. Показники гомеостазу є реакцією організму на нього, яка не завжди буває адекватною [33]. Тому запропоновано використовувати дослідження питомої електропровідності сироватки венозної крові [1,36] в сукупності з даними розповсюдженості випоту в очеревинній порожнині, його характер, що дало змогу розробити класифікацію перебігу гострого перитоніту [15,24,33], згідно з показниками якої визначати тактику оперативних втручань, корекцію консервативної терапії, ведення післяопераційного періоду.

При проведенні оперативного втручання ефективним є санація очеревинної порожнини окисненою рідиною, що подається під тиском 0,75-1,0 атм через трубку, яка закінчується напівовальною сіткою-розпилювачем. Джерелом тиску служить кисень, що подається з балону або системи. Мікробіологічні дослідження показали раціональність цього методу, а гістологічні - відсутність пошкоджуючої дії його на очеревину. Для санації очеревинної порожнини, а також гнійних ран, застосовується електроліз із сорбцією. Після відповідних експериментальних досліджень на білих щурах із вивченням стану печінки (активність глутатіонредуктази, глутатіонпероксидази, глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, лактатдегідрогенази, вмісту відновленого глутатіону, молочної кислоти та білка) розроблено метод, згідно з яким вводяться в очеревинну порожнину 2 перфоровані трубки, в яких знаходяться електроди в марлевій оболонці зі сферичним вугільним сорбентом ІГІ. Електроди приєднуються до джерела постійного струму для створення гальванізації. Щільність струму 0,3 мА/см<sup>2</sup>, сила 3-4 мА. З аноду вводиться 0,5г канаміцину, розчиненого в ізотонічному розчині натрію хлориду. Термін процедури 45-60 хв протягом 4 днів. Внаслідок проведеного лікування стан хворих покращувався, зни-

жувалася токсичність плазми крові, мікробна забрудненість перитонеальної рідини зменшувалась [32,33].

У післяопераційному періоді для нагляду за станом в очеревинній порожнині застосовувалася динамічна лапароскопія. Лапароскоп вводився через спеціальну дренажну трубку. Для того щоб вона не прикривалась кишкою, в неї вводилась трубка меншого діаметра, але на більшу глибину очеревинної порожнини. За необхідності внутрішній дренаж видалявся.

При занедбаному гнійному перитоніті III-Б IV ступеня тяжкості перебігу [24,33], незважаючи на багаторазове промивання очеревинної порожнини під час оперативного втручання, навіть при негативних посівах промивної рідини, зі складок очеревини висівалась мікрофлора [15], запальний процес відразу не ліквідується, накопичуються токсичні продукти, що вказує на необхідність промивання очеревинної порожнини в післяопераційному періоді. З цією метою через введені в очеревинну порожнину дренажі проводять перитонеальний діаліз [6]. Повторне розкриття очеревинної порожнини вже через 24 год визначало утворення озерець гнійної рідини між внутрішніми органами при прохідності дренажів, що були відмежовані спаяними петлями кишок. Експериментальні дослідження показали, що рідина, введена через верхні дренажі, струмочком притікає до нижніх, не омиваючи очеревинної порожнини. Виходячи з цього, при занедбаному перитоніті III-Б, IV ст. тяжкості перебігу застосовується програмована лапаротомія - повторне розкриття очеревинної порожнини для її санації, динамічного нагляду за станом внутрішніх органів, особливо при сумніві їх життєздатності, спроможності накладених на органи швів. Для досягнення поставленої мети по закінченні оперативного втручання, санації, дренажування очеревинної порожнини на краї операційної рани через всі шари стінки черевної порожнини накладаються ситуаційні шви, які зав'язуються на бантики. Прокладена між краями рани серветка створює діастаз їх і тим самим деяке збільшення об'єму очеревинної порожнини і зменшення тиску в ній. Внаслідок цього та трансназальної інтубації шлунково-кишкового тракту не настає високе стояння діафрагми і пов'язаних з цим порушень у діяльності серця, легень. При аерації очеревинної порожнини шляхом повторних розкриттів її зменшується кількість анаеробів. Як показали експериментальні дослідження на білих щурах по вивченню імунітету, при повторних відкритих промиваннях очеревинної порожнини при незначному перитоніті він пригнічувався, а при занедбаному мало місце його відносно підвищення. Це вказує на раціональність відкритих повторних санацій очеревинної порожнини тільки при занедбаному III-А, IV ст. важкості перебігу перитоніту.

Для більш ефективної санації очеревинної порожнини в післяопераційному періоді у даної групи хворих використовувалися сорбенти (СКН-4 та ІГІ), що вводилися в очеревинну порожнину в контейнерах і видалялися при повторних розкриттях очеревинної порожнини. Перша повторна санація очеревинної порожнини проводилась через 24-36 год після операції у зв'язку з відновленням мікрофлори [31]. Термін наступних лапаротомій залежить від характеру перебігу патологічного процесу в очеревинній порожнині. Експериментальні та клінічні дослідження застосування лапаротомії протягом 20 років показали її високу ефективність. Даний метод сприяв зменшенню летальності при занедбаному перитоніті III-Б, IV ст. важкості його перебігу, профілактиці післяопераційних внутрішньоочеревинних ускладнень, запобіганню операціям, що призводять до каліцтва [25,28].

У випадках IV ст. тяжкості перебігу перитоніту, непереносимості піднаркозної програмованої лапаротомії, при анаеробному перитоніті, операційна рана не зашивалась - залишалась лапаростома. Очеревинна порожнина дренажувалась дренажними трубками, при цьому 4-6 з них через рану проводились до дна очеревинної порожнини для промивання її в післяопераційному періоді. Накладались товсті нитки на краї операційної рани, якими вона звужувалась до 5-6 см або 1-2 шви на кінці рани для зменшення її. Нитки зав'язувались на бантики, щоб можна було розв'язати за необхідності. Створювалася керована лапаростома. Лапаростома закривалась серветками з розчином антибіотиків, мазевими пов'язками, поліетиленовою шліркою. У міру стихання запального процесу навідні шви поступово стягувалися. Рана загоювалася вторинним натягом. Якщо не вдавалося повністю стягнути краї рани на певній її ділянці, то накладалися шви тільки на шкіру. У подальшому при повторній операції створений гризовий отвір в апоневрозі зашивався. Метод керованої лапаротомії дозволяє уникнути після операції вентральних гриж (евентерацій), що бувають після лапаротомії, які не вдається ліквідувати звичайними пластичними операціями [33].

У лікуванні перитоніту застосовують також малоінвазивні (лапароскопічні) методи, які набувають все більшого розповсюдження [15,26].

Токсини при перитоніті з очеревинної порожнини по лімфатичних судинах попадають в грудну протоку і далі у венозну систему. Для запобігання надходження токсичної лімфи в кров ми почали (з 1975 року) використовувати зовнішнє дренажування грудної протоки [7]. Але цей метод себе не виправдав, тому що не вдавалося корегувати втрату лімфи. Тільки екстракорпоральна очистка лімфи з поверненням її в кров'яне русло показало раціональність використання цього методу. Певну користь дає також сорбція крові, взятої через реканалізовану пупкову вену [22].

Важливе місце в лікуванні перитоніту займає антибіотикотерапія. Проведені нами експерименти на білих щурах (260) показали, що антибіотики сповільнюють утворення антитіл до хірургічної мікрофлори, що викликає перитоніт. На 10 добу експериментального перитоніту при видужанні тварин титр антитіл до хірургічної мікрофлори у них був вищий ніж у здорових щурів. Введення такої полівалентної гіперімунної плазми щурам з експериментальним перитонітом вже через 12 год зменшувало ендотоксикоз, підвищувало титр антитіл до мікрофлори, що викликала перитоніт, чого не відмічалось при введенні сироватки здорових щурів. Ці дані підтвердилися в клініці при введенні 15 хворим на перитоніт плазми (яка була гіперімунною) донорів-реконвалесцентів через 3-18 міс. після перенесеного перитоніту. Вже через 48-72 год у хворих підвищувався титр антитіл до мікроорганізмів, що викликали перитоніт, покращувався стан хворих [19].

Дослідження ефективності застосування ультрафіолетового опромінювання крові в комплексному лікуванні 27 хворих на гострий гнійний перитоніт показало, що цей метод стимулює неспецифічну і специфічну резистентність організму, покращує результати лікування цієї категорії хворих [20].

Однією з різновидностей перитоніту є біляміхуровий інфільтрат, що утворюється при гострому холециститі і поважає стан хворого. Особливістю запального процесу при біляміхуровому інфільтраті, викликаному складовими жовчі та мікрофлорою, є відсутність протизапального бар'єру в зоні пошкодження. У комплексному лікуванні біляміхурового інфільтрату ефективним є метод локального введення медикаментозних препаратів у зону ураження, а профілактикою - раннє (до 48 год. від початку захворювання на гострий холецистит) оперативне втручання [15]. При лікуванні запальних інфільтратів очеревинної порожнини певний ефект дає також застосування внутрішньотканинного електрофорезу [39].

Одним з найбільш розповсюджених ускладнень у хворих на перитоніт є пневмонія, яка визначалась в 42 % наших спостережень і найбільш часто виникала в нижніх ділянках легень (65%). Спірометричне вивчення функції зовнішнього дихання в доопераційному періоді у хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини показало, що діафрагмальне дихання зменшувалось на 10-20%, що залежало від характеру патологічного процесу і розвитку перитоніту. У післяопераційному періоді діафрагмальне дихання зменшувалось ще на 10-20%, а грудне - на 5-15% і відновлювалось на 7-10 добу після операції. Вивчення поверхневої активності легеневого сурфактанту в експерименті (38 білих щурів) та клініці (12 хворих) вказувало на його зниження. Морфологічні зміни в легенях на початкових фазах експериментального перитоніту характеризувалися повнокрів'ям, стазом еритроцитів у капілярах, набряком капілярної мембрани. Через 12 та 24 год з'являлися вогнища крововиливу, ателектази, що вказувало на погіршення умов синтезу сурфактанту. Зниження поверхневої активності сурфактанту призводить до підвищення поверхневого натягу в альвеолах з наступним їх колабуванням [4]. Враховуючи, що застосування режиму позитивного тиску в кінці видиху у хворих на перитоніт у післяопераційному періоді є патогенетично обґрунтованим заходом, направленим на ліквідацію порушень стану сурфактанту легень [37], з метою профілактики пневмонії у хворих на перитоніт у комплекс лікувальних заходів включалася гіпервентиляція легень за рахунок відновлення діафрагмального дихання. Це досягалось (поряд з ліквідацією метеоризму) використанням дихальних вправ, апаратів, що підвищують внутрішньобронхіальний тиск на видиху. Найпростішим є видих через трубку, занурену до дна ємності з рідиною (висотою в 30 см) [39].

Внаслідок травм живота, патологічних процесів в очеревинній порожнині, в тому числі і при перитоніті, може виникнути епієма плеври. Ми проаналізували 18 подібних випадків: 14 хворих були чоловічої статі, 4 - жіночої. Вік хворих - 12-68 років. У 13 хворих післяопераційний період ускладнився слочатку пневмонією, реактивним плевритом, у подальшому розвилось гнійне запалення плеври. У 5 хворих внаслідок перфорації діафрагми вміст очеревинної порожнини, її органи пере-

мішалися у плевральну порожнину. У 15 хворих емпієма плеври діагностована в пізньому післяопераційному періоді (через 2 тижні - 3 місяці). Внаслідок сповільненого перебігу продовженого запального процесу утворювалися спайки, виникали осумковані порожнини. За допомогою пункцій, дренажування плевральної порожнини (одному хворому проведена торакотомія) емпієма була ліквідована [17].

**Заключення.** Проведені дослідження різних ланок гострого перитоніту, у тому числі в осіб літнього та старечого віку [18] дозволили поглибити знання цієї патології, досягти певних успіхів у діагностиці та лікуванні її, в той же час показали, що багато є ще питань, які чекають свого вирішення.

**Література.** 1. Білоокій В.В. Ендотоксикоз при гострій хірургічній патології, методи його діагностики Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.27/ Дніпропетровський мед. ін-т. Дніпропетровськ, 1994.-16с. 2. Герич І.Д. Гнійна хірургічна інфекція, зумовлена парентеральним вживанням наркотиків: клініка, діагностика та лікування. Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.03 /Львівський держ. мед. університет. - Львів, 1998. - 35 с. 3. Давыдовский И.В. Вопросы локализации и органопатологии в свете учения Сеченова, Павлова, Введенского.-М.: Медгиз, 1954. - 134 с. 4. Дейбук Г.Д., Мильков Б.О., Ротарь В.И. и др. Состояние легочного сурфактанта и профилактика легочных осложнений при острой хирургической патологии, осложненной перитонитом // Клин. хирургия. - 1985. - № 1. - С. 14-16. 5. Ерюхин И.А., Белый В.Я., Вагнер В.К. Воспаление как общиобиологическая реакция. -Л.: Наука, 1989.- 262с. 6. Кузин М.И., Дадвани С.А., Сорочкина М.И. Лечение перитонита с полиорганной недостаточностью // Хирургия. - 1994. - №5.- С. 8-13. 7. Мильков Б.О. Закрытая травма груди: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.27/ Днепропетровский мед. ин-т. - Днепропетровск, 1975.-29 с. 8. Мильков Б.О. Понятие нормы для патологического состояния // Клин. хирургия.- 1993.- № 3.- С. 51-53. 9. Мильков Б.О. Ще раз про тактику лікування гострого апендициту // Кліні. хірургія.- 1996.- № 5.- С. 43-45. 10. Мильков Б.О., Білоокій В.В., Бочаров А.В. та ін. Внутрішньочеревний саксифорез при лікуванні хворих з внутрішньоочеревинними інфільтратами // Бук. мед. вісник.-2001.- Т. 5, № 3.- С. 127-129. 11. Мильков Б.О., Білоокій В.В., Польовий В.П. Оцінка тяжкості стану хворого та перебігу перитоніту // Бук. мед. вісник.- 2001.- Т.5, № 1-2.-С. 12. Мильков Б.О., Гоженко А.И., Шамрей Г.П., Фундюк В.Д., Пасеца М.Д., Якуца В.В. Диагностика острого аппендицита с использованием портагивного дистанционного тепломера на анноторонных термоэлементах // Клин. хирургия.-1987.-№ 4.- С.28-29. 13. Мильков Б.О., Домбровский Д.Б. Функциональный стан тонкої кишки в умовах експериментальних операційних втручань на жовчному міхурі // Матер. VI з'їзду всеукр. лікар. товариства // Укр. мед. вісті.-2001.-Т. 4, № 1.- С.73. 14. Мильков Б.О., Кулачек Ф.Г., Пуцарук М.И. Лечение воспалительных инфильтратов брюшной полости с использованием гальванического тока // Клин. хирургия.-1983. - № 1.- С.33-35. 15. Мильков Б.О., Кухарчук О.Л., Бочаров А.В., Білоокій В.В. Перитоніт як ускладнення гострого холециститу. - Чернівці, 2000.-275с. 16. Мильков Б.О., Кухарчук О.Л., Домбровский Д.Б. та ін. Роль порушень ферментативного фібрinolізу при білірулітязі // Бук. мед. вісник.-1999.-Т.3, № 3-4.- С.58-61. 17. Мильков Б.О., Смирнова П.А., Кулачек Ф.Г. и др. Эмпиема плевральной полости как осложнение хирургической патологии органов живота // Клин. хирургия. - 1981. - № 1.- С. 53-54. 18. Мильков Б.О., Патратий В.К., Сидор П.П. и др. Интенсивная терапия перитонита у геронтологических больных // Республиканский межведомственный сборник. - Общая и несложная хирургия. - К.: Здоров'я, 1990.-Вып. 20.- С.123-126. 19. Мильков Б.О., Патратий В.К., Сидорчук И.И. и др. Применение плазмы доноров-реконвалесцентов в комплексном лечении перитонита // Хирургия.-1992.- № 2.-С.45-49. 20. Мильков Б.О., Ротарь В.И., Макаровская С.Е. и др. Применение ультрафиолетового облучения крови в комплексном лечении перитонита // Клин. хирургия. - 1990.- № 1.- С. 45-46. 21. Мильков Б.О., Смирнова П.А., Карпенко С.И. и др. О микролапаротомии и перитонеальном лаваже при сочетанной закрытой травме живота // Клин. хирургия.- 1980.- № 4.- С.50-51. 22. Мильков Б.О., Стацук В.Ф., Дейбук Г.Д. и др. Хирургическая тактика при перитоните // Клин. хирургия.- 1988.- № 9.- С.104-106. 23. Мильков Б.О., Стацук В.Ф., Уця В.В., Иванов В.С. Эндолимфатическое введение антибиотиков в комплексном лечении перитонитов // Клин. хирургия. - 1984. - № 1. - С. 20-22. 24. Мильков Б.О., Шамрей Г.П., Дейбук Г.Д. и др. Классификация гнойных форм перитонита // Клин. хирургия.-1991.- № 4.- С.54-60. 25. Мильков Б.О., Шамрей Г.П., Дейбук Г.Д. и др. Программированная лапаротомия в диагностике и лечении патологии брюшной полости // Хирургия.-1989.- № 10.-С.79-81. 26. Мильков Б.О., Білоокій В.В., Ахтемійчук Ю.Т. та ін. Місцевий перитоніт / Під ред. проф. Б.О.Милькова. Чернівці: Прут, 2001. - 256 с. 27. Недашковский В., Киров М.Ю., Егорина Е.М. и др. Опыт применения SAPS-II для оценки тяжести состояния больных с септическим шоком // Вест. интенсивной терапии.-1999. - № 2.- С.3-7. 28. Практические навыки по хирургии: Методические рекомендации / Под ред. проф. Б.О.Милькова, проф. В.Н.Крупяка.-Черновцы, 1983.- 101 с. 29. Романенко А.Е., Чухриенко Д.П., Мильков Б.О. Закрытие повреждения органов грудной клетки. - К.: Здоров'я, 1982.- 160 с. 30. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит.- М.: Медицина, 1979.-192 с. 31. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю. др. Современные принципы хирургического лечения послеоперационного перитонита // Клин. хирургия.-1996.- № 6.- С.4-9. 32. Смирский О.А., Мещищен И.Ф., Мильков Б.О. Влияние внутрибрюшинного электролиза на функциональное состояние печени и некоторые показатели интоксикации при перитоните // Клин. хирургия. - 1986.- № 1.-С.22-24. 33. Спиженко Ю.П., Мильков Б.О., Лагода А.Е., Дуденко В.Г., Шевченко С.И., Григорова И.А. Острый гнойный перитонит. - Харьков: Прапор, 1997.-190 с. 34. Способ определения поврежденный полых органов брюшной полости: А.с. 987451 СССР, МКВ G 01 N 1/28, А 61 В 10/00 / Мильков Б.О., Бондаренко Н.М., Смирнова Н.А., Карпенко С.И. (СССР). - № 3226260; Заявлено 29.12.80; Опубл. 07.01.83; Бюл.1. - С. 185. 35. Способ диагностики эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях: А.с. 1153889 СССР, МКВ А 61 В 10/00 / Мильков Б.О., Кулачек Ф.Г., Красенко С.Ф., Пуцарук М.И., Смирнова Н.А. (СССР). - № 3547146; Заявлено 02.02.83; Опубл. 07.05.85; Бюл. 17. - С. 12. 36. Способ диагностики эндогенной интоксикации: А.с. 1388801 СССР, МКВ А 61 В 10/00 / Мильков Б.О., Смирский О.А., Мещищен И.Ф., Федорук С.Д. (СССР). - № 3953694; Заявлено 12.09.85; Опубл. 15.12.87; Бюл. 14. - С. 10. 37. Тоскин К.Д., Биркум А.А., Ильченко Ф.Н. и др. Изменение поверхностно-активных свойств эндобронхиальных смывов у больных перитонитом // Клин. хирургия.-1985.- № 10.- С.10-12. 38. Федоров В.Д., Гостищев В.К., Ермолов А.С. и др. Современное представление о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных //Хирургия. - 2000. - № 4. - С.58-62. 39. Цыбырнэ К.А., Мильков Б.О., Кулачек Ф.Г. Неотложная торакальная хирургия. - Кишинев: Штинца, 1989.- 208 с. 40. Шалимов А.А., Шапошиников В.И., Лучиш В.М. Острый перитонит.-К.: Наук.думка, 1981.- 287с.

## ACUTE PERITONITIS - A PERMANENT PROBLEM OF EMERGENCY SURGERY

*B.O.Milkov*

**Abstract.** The findings of a 20 year research of topical problems of acute peritonitis have been adduced.

**Key words:** acute peritonitis, diagnostics, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Надійшла до редакції 18.01.2002 року*