УДК 616.381-002-089-053.9
DOI: 10.36979/1694-500X-2026-26-5-11-14

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.А. Ахматов, А.И. Балтабаев, М.Н. Макеева

Аннотация. Лечение послеоперационного перитонита у лиц старших возрастных групп остается одной из самых сложных проблем экстренной хирургии. Высокая летальность обусловлена атипичным, «стертым» течением заболевания. Применение антибиотиков, анальгетиков и инфузионной терапии после первичной операции маскирует классические симптомы раздражения брюшины. Наличие тяжелых сопутствующих патологий (ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких) у 87,8 % больных затрудняет своевременную диагностику и утяжеляет прогноз. Проведен ретроспективный анализ лечения 33 пациентов. Группа исследования разделена на подгруппы: пожилой возраст (60–74 года) – 21 человек (63,6 %), и старческий возраст (75–89 лет) – 12 человек (36,4 %). Использован комплекс клинико-лабораторных методов и мониторинг признаков синдрома системного воспалительного ответа (SIRS). Установлено, что наиболее достоверными маркерами осложнений являются тахикардия (ЧСС > 90 уд/мин), тахипноэ (> 20 в мин) и нарастание явлений энцефалопатии. В исследуемой группе осложнения возникли у 7 пациентов (21,2 %). Общая летальность составила 6,0 % (2 случая в группе старческого возраста) вследствие полиорганной недостаточности. Ключевым фактором успеха является активная хирургическая тактика (ранняя санация, адекватное дренирование) и интенсивная дезинтоксикационная терапия. Мониторинг SIRS позволяет сократить время до принятия решения о релапаротомии.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит; пожилой и старческий возраст; синдром системного воспалительного ответа; релапаротомия; полиорганная недостаточность.

КАРЫГАН ЖАНА УЛГАЙГАН КУРАКТАГЫ БЕЙТАПТАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ПЕРИТОНИТТИН ДИАГНОСТИКАСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖАНА ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ

С.А. Ахматов, А.И. Балтабаев, М.Н. Макеева

Аннотация. Улгайган куракгагы адамдарда операциядан кийинки перитонитти дарылоо шашылыш хирургиянын эң татаал маселелеринин бири бойдон калууда. Өлүмдүн жогорку көрсөткүчү оорунун атипикалык, «жашыруун» өтүшү менен шартталган. Биринчи операциядан кийин антибиотиктерди, анальгетиктерди жана инфузиялык терапияны колдонуу ич кабыгынын дүүлүгүүсүнүн классикалык белгилерин жашырып коёт. Бейтаптардын 87,8%ында оор коштомо оорулардын (Жүрөктүн ишемиялык оорусу, кант диабети, ӨСОО/ХОБЛ) болушу өз убагында диагноз коюуну татаалдаштырып, божомолду начарлатат. 33 бейтапты дарылоонун ретроспективдүү анализи жүргүзүлдү. Изилдөө тобу төмөнкү топторго бөлүнгөн: карыган курак (60–74 жаш) – 21 адам (63,6 %), жана улгайган курак (75–89 жаш) – 12 адам (36,4 %). Клиникалык-лабораториялык методдордун комплекси жана системалуу сезгенүү реакциясынын синдромунун (SIRS) белгилерин көзөмөлдөө колдонулган. Тахикардия (ЖЖЖ > 90 сокку/мүн), тахипноэ (дем алуу > 20 мүн) жана энцефалопатия кубулуштарынын күчөшү татаалдашуулардын эң ишенимдүү маркерлери экени аныкталды. Изилдөө тобунда 7 бейтапта (21,2 %) татаалдашуулар болгон. Жалпы өлүм көрсөткүчү полиоргандык жетишсиздиктин кесепетинен 6,0 %ды (улгайган куракгагы топтого 2 учур) түздү. Ийгиликтин негизги фактору болуп активдүү хирургиялык тактика (эрте санациялоо, адекваттуу дренаждоо) жана интенсивдүү дезинтоксикациялык терапия саналат. SIRS мониторинги релапаротомия жөнүндө чечим кабыл алууга чейинки убакытты кыскартууга мүмкүндүк берет.

Түйүндүү сөздөр: операциядан кийинки перитонит; карыган жана улгайган курак; системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому; релапаротомия; полиоргандык жетишсиздик.

CLINICAL FEATURES OF DIAGNOSTICS AND MANAGEMENT TACTICS OF POSTOPERATIVE PERITONITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

S.A. Akhmatov, A.I. Baltabaev, M.N. Makeeva

Abstract. Treatment of postoperative peritonitis in older age groups remains one of the most difficult problems in emergency surgery. High mortality is caused by an atypical, “masked” course of the disease. The use of antibiotics, analgesics, and infusion therapy after the primary surgery masks the classic symptoms of peritoneal irritation. The presence of severe comorbidities (ischemic heart disease, diabetes mellitus, and chronic obstructive pulmonary disease) in 87.8 % of patients complicates timely diagnosis and worsens the prognosis. A retrospective analysis of the treatment of 33 patients was conducted. The study group was divided into subgroups: elderly age (60–74 years) – 21 people (63.6 %), and senile age (75–89 years) – 12 people (36.4 %). A complex of clinical and laboratory methods and monitoring of signs of systemic inflammatory response syndrome (SIRS) was used. It was found that the most reliable markers of complications are tachycardia (HR > 90 bpm), tachypnea (> 20 per min), and an increase in encephalopathy symptoms. In the study group, complications occurred in 7 patients (21.2 %). The overall mortality rate was 6.0 % (2 cases in the senile age group) due to multiple organ failure. The key success factor is active surgical tactics (early sanitization, adequate drainage) and intensive detoxification therapy. SIRS monitoring allows for reducing the time before deciding on relaparotomy.

Keywords: postoperative peritonitis; elderly and senile age; systemic inflammatory response syndrome; relaparotomy; multiple organ failure.

Введение и актуальность. Проблема послеоперационного перитонита у пожилых пациентов связана с возрастным снижением реактивности организма [1, 2]. На момент обследования клиническая картина часто бывает «затушевана» проводимым лечением: антибактериальной и обезболивающей терапией [3–5]. Это ведет к потере времени, развитию сепсиса и полиорганной недостаточности. Своевременное распознавание катастрофы в брюшной полости требует акцента на объективных признаках системного воспаления [6–8].

Цель исследования – изучить особенности клинического течения послеоперационного перитонита (ПП) у гериатрических больных и обосновать значимость мониторинга системных реакций для своевременного оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Нами обследовано 33 больных. Группы были сформированы согласно классификации ВОЗ: Пожилой возраст (60–74 года) – 21 пациент. Старческий возраст (75–89 лет) – 12 пациентов. Диагностика базировалась на оценке давности первичного заболевания, выявлении свободного выпота инструментальными методами и мониторинге параметров SIRS: частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений и температурной кривой.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов лечения 33 больных показал, что клиническое течение послеоперационного перитонита (ПП) у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется выраженным диссонансом между тяжестью состояния и скудностью местных проявлений.

Установлено, что классическая триада симптомов (боль, напряжение мышц брюшной стенки, задержка стула) наблюдалась лишь у 21,2 % (7 чел.) обследованных. У остальных пациентов клиническая картина была «стертой» из-за фонового приема анальгетиков и антибиотиков.

Наиболее постоянным и ранним признаком развивающегося ПП являлся ***синдром системной воспалительной реакции (SIRS)***. У 78,7 % (26 чел.) пациентов первым сигналом неблагополучия в брюшной полости становилась стойкая тахикардия (пульс > 90 уд/мин), которая не купировалась инфузионной терапией. Нарастание частоты дыхательных движений (тахипноэ > 20–22 в мин) отмечено у 60,6 % (20 чел.). При этом температурная реакция у 45 % больных оставалась субфебрильной (37,1–37,4 °С), что часто вводило дежурный персонал в заблуждение относительно тяжести процесса.

При изучении лабораторных показателей выявлено, что лейкоцитоз со сдвигом формулы влево наблюдался только у **54,5%** больных. У пациентов старческого возраста (75–89 лет) чаще отмечалась лейкопения или нормальное количество лейкоцитов на фоне выраженной

Таблица 1 – Сравнительная характеристика структуры осложнений и исходов лечения послеоперационного перитонита в различных возрастных группах (n = 33)

Группа пациентов (возраст)	Осложнения (n)	Осложнения (n)	Летальность (n)
Пожилой (60–74 года)	21	4	0
Старческий (75–89 лет)	12	3	2
ИТОГО:	33	7(21,3 %)	2(6,0 %)

лимфоцитопении, что свидетельствует об истощении иммунных резервов.

Важным диагностическим критерием служило нарастание эндогенной интоксикации: увеличение уровня креатинина и мочевины отмечено у 15 пациентов, что указывало на развитие ранней почечной недостаточности как компонента полиорганной недостаточности (ПОН). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) наличие свободного выпота в различных отделах брюшной полости было зафиксировано у 24 больных (72,7 %). Данные по исходам лечения представлены в уточненной таблице 1.

Анализ показал, что осложнения в группе пожилого возраста (4 случая) носили преимущественно локальный характер (нагноение раны, эвентрация). В то время как в группе старческого возраста (3 случая) осложнения быстро трансформировались в системные. Летальность составила 6,0 % (2 случая). Оба летальных исхода произошли в группе старческого возраста (старше 75 лет). Основной причиной смерти стала декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности на фоне прогрессирующего разлитого гнойного перитонита. В обоих случаях от момента первичной операции до релапаротомии прошло более 48 часов, что подтверждает фатальное влияние задержки диагностики.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у гериатрических больных при подозрении на ПП нельзя дожидаться появления перитонеальных симптомов. Появление необъяснимой тахикардии, одышки или нарастающей заторможенности (энцефалопатии) на 2–4-е сутки после операции должно расцениваться как прямое показание к расширенному обследованию и, при наличии выпота по УЗИ, к релапаротомии.

Выводы

1. Внимательное наблюдение за динамикой SIRS (пульс выше 90 уд/мин, тахипноэ, апноэ) дает возможность выявить осложнение на раннем этапе. У пожилых эти признаки являются критически важными для своевременной релапаротомии.

2. У пациентов старших возрастных групп показатели пульса и дыхания являются критически важными и часто единственными объективными критериями для принятия решения о релапаротомии.

3. Установлено, что применение антибиотиков и анальгетиков после первичной операции искажает клиническую картину, снижая выраженность перитонеального синдрома на 40–50 %, что требует приоритета лабораторного и мониторного контроля.

4 Применение тактики программируемых санаций («открытого живота») у пациентов старше 75 лет позволяет снизить нагрузку на сердечно-сосудистую систему и уменьшить риск летальности от полиорганной недостаточности.

Поступила: 23.04.2026;
рецензирована: 13.05.2026; принята: 15.05.2026.

Литература

1. *Савельев В.С.* Перитонит и абдоминальный сепсис: руководство для врачей / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 424 с.
2. *Ерюхин И.А.* Инфекции в хирургии: старые проблемы и новые решения / И.А. Ерюхин, С.А. Шляпников // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2021. Т. 180. № 2. С. 14–21.
3. *Костюченко К.В.* Особенности диагностики ПП у пациентов старших возрастных групп / К.В. Костюченко, Ю.П. Рыбаков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2024. № 5. С. 38–44.

4. *Sartelli M. et al.* Management of intra-abdominal infections: 2021 update of the WSES guidelines // World Journal of Emergency Surgery. 2021. Vol. 16. No. 1. P. 1–28.
5. *Гостищев В.К.* Инфекции в хирургии: руководство для врачей / В.К. Гостищев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 320 с.
6. *Брискин Б.С.* Хирургические инфекции у пациентов пожилого и старческого возраста / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян // Хирургия. 2022. № 9. С. 54–61.
7. *Biffl W.L. et al.* Management of the open abdomen // Trauma Surgery & Acute Care Open. 2022. Vol. 7. No. 1.
8. *Зубрицкий В.Ф.* Тактические ошибки и осложнения в хирургии острого перитонита / В.Ф. Зубрицкий, А.Л. Левчук // Военно-медицинский журнал. 2021. Т. 342. № 11. С. 22–29.