**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ КИШКІВНИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ТА РАННЬОМУ ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПАХ**

**Максименко М.В., Тюлюкін І.О., Фірсова А.В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київска міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

**Актуальність.** Порушення мезентеріального кровообігу – загрозлива для життя судинна патологія, при якій запобігти некрозу кишки та смерті пацієнта можливо лише у разі ранньої діагностики та своєчасного оперативного втручання. Пацієнти прооперовані у часовому інтервалі до шести годин від початку захворювання мають сприятливий прогноз щодо повноцінного відновлення функції кишківника та зниження післяопераційної летальності. Відомо, що найчастіше ГСНК проходить під маскою іншої абдомінальної патології (кишкової непрохідності, гострого панкреатиту, холециститу, перфоративної виразки, перитоніту та ін.). І тільки у 20% встановлюють попередній діагноз ГСНК.

**Мета.** Дослідити зв’язок виникнення гострої судинної недостатності кишківника (далі – ГСНК) із наявністю супутньої патології та віком, визначення груп ризику. Оцінити переваги та недоліки існуючих методів діагностики ГСНК на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами було проаналізовано історії хвороби 86 хворих на ГСНК до яких було застосовано традиційний алгоритм лікування (медичні карти стаціонарних хворих, супровідні листи включно).

**Результати.** Дослідивши пацієнтів з ГСНК було виявлено, що у жінок дана патологія виникає частіше; найбільше госпіталізується людей похилого та старечого віку; а в структурі супутньої патології має місце поліморбідність. Аналізуючи терміни звернення виявлено, що переважна більшість пацієнтів звернулися за допомогою у термін понад 12-24 години.

Нами встановлено, що верифікація ГСНК на догоспітальному етапі навіть лікарськими бригадами загального профілю становила 26,27%, тоді як бригадами у складі яких працювали спеціалісти з базовою, або неповною вищою освітою всього 13,33%.

Нажаль діагностика ГСНК залишилась досить посередньою і на ранньому госпітальному етапі. Так, не зважаючи навіть на досить пізні терміни госпіталізації хворих в багатопрофільний стаціонар, діагноз ГСНК на ранньому госпітальному етапі був встановлений лише 48,33% хворих.

Звичайно такі труднощі в діагностиці ГСНК лікарями як на догоспітальному, так і на ранньому госпітальному етапі можна пояснити поліморбідністю та полісимптомністю даного захворювання, важким загальним станом пацієнтів, але з року в рік, на фоні стрімкого розвитку медичної галузі, значного прогресу в лікуванні даної категорії хворих так і не відбулося, що на нашу думку зумовлено пізньою госпіталізацією (переважно через несвоєчасне звернення пацієнтів за медичною допомогою) та тривалим часом встановлення остаточного діагнозу.

**Висновки.** Виявлені тенденції свідчать про значні складнощі в діагностиці ГСНК та необхідність створення діагностичного алгоритму на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах в основу яких на нашу думку мають бути покладені детальний об’єктивний огляд, настороженість з приводу ГКНС, оцінка стану тяжкості пацієнта за інтегрованими шкалами, оцінка ступеня зневоднення, ретельний збір анамнезу, встановлення “груп ризику”, проведення диференційної діагностики за умов збереження принципів спадкоємності та динамічності на ранньому госпітальному етапі.