

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-387-3-4>

**COURSE OF THE DISEASE AND RESULTS OF SURGICAL  
TREATMENT OF PATIENTS WITH PERITONITIS**

**АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ  
В СУЧАСНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**Ivanchov P. V.**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Department of Surgery № 3,  
Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Іванчов П. В.**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри хірургії № 3,  
Національний медичний  
університет  
імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

**Davydiuk V. B.**

*Postgraduate Student at the Department of  
Surgery № 3,  
Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine*

**Давидюк В. Б.**

*аспірант кафедри хірургії № 3,  
Національний медичний  
університет  
імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна*

Незважаючи на значні успіхи сучасної медицини, до цього часу в усьому світі одним з найчастіших та найважчих захворюванням в абдомінальній хірургії залишається гострий розповсюджений перитоніт. У більшості відділень загальної хірургії в усьому світі саме оперативне втручання з приводу перитоніту є найпоширенішим невідкладним хірургічним втручанням. Найчастішим видом перитонітів, з яким доводиться стикатися хірургам є вторинний перитоніт. Вторинний перитоніт є наслідком інфікування органів черевної порожнини. Прикладом можуть слугувати панкреатит, гострий апендицит, дивертикуліт та інші. Також інфікування органів черевної порожнини виникає через гострі запальні процеси органів малого тазу та/або позаочервинного простору [1].

Найбільш поширеною формою гострої інтраабдомінальної інфекції є перфораційний перитоніт, що виникає як в результаті перфорації порожнистих органів черевної порожнини, так і через некротичних ураженнях шлунково-кишкового тракту та інших органів черевної порожнини. Саме деструктивні ураження органів черевної порожнини є причиною чотирьох з п'яти випадків вторинного перитоніту (80%).

Також серед причин гострого перитоніту необхідно назвати післяопераційні перитоніти та закриті або проникаючі травматичні

ушкодження органів черевної порожнини та малого таза. Після різноманітних оперативних втручань на органах черевної порожнини в 10–30% випадків виникають післяопераційні перитоніти. Вже через 2 години після виникнення перфорації тонкої або товстої кишки відбувається інфікування черевної порожнини грампозитивними коками й паличками, анаеробною облігатною мікрофлорою грамнегативними факультативними бактеріями [2].

В клінічній картині перитоніту виділяють три послідовні фази. Перша фаза триває до 24 год з моменту виникнення захворювання (реактивна). Друга фаза це період від 24 год до 72 год від початку захворювання (токсична). Третя – після 72 год після початку захворювання (термінальна).

Клінічний перебіг перитоніту характеризується патологічними змінами зі сторони серцево-судинної системи та мікроциркуляції, гомеостатичного стану організму та порушенням волемічної системи. Хворі скаржаться на виражений больовий синдром. У пацієнта прогресує інтоксикація за рахунок розвитку деструктивного запального або некротичного процесу в органах черевної порожнини та подальшого залучення в патологічний процес очеревини. Все це в подальшому може призвести до розвитку поліорганної недостатності.

Актуальність проблеми гострого перитоніту обумовлена високою смертністю пацієнтів, яка на сьогодні складає від 10% до 60% випадків [3]. Крім того перитоніт у людей похилого віку з кількома супутніми захворюваннями виникає частіше. Збільшену частоту виникнення перитоніту у віковій групі понад 60 років можливо пояснити поширеністю таких шкідливих звичок як паління, алкоголізм та нерациональним прийомом нестероїдних протизапальних препаратів, як фактор виникнення гастроуденальних перфорацій внаслідок наявних виразкових хвороб. Більшість таких пацієнтів в подальшому потрапляють у відділення інтенсивної терапії. Їхнє перебування в лікарні через супутню патологію є відносно тривалим, і ці хворі мають вищий ризик виникнення ускладнень, що значно погіршує прогноз лікування. Внутрішньолікарняна пневмонія є одним із найпоширеніших інфекційних ускладнень у таких пацієнтів. Вона складає в структурі нозокоміальних інфекцій від 10 до 47%, а рівень смертності у післяопераційних хворих становить від 20 до 60%.

Основним методом лікування перитоніту є раннє оперативне втручання, що передбачає усунення вогнища інфекції з деконтамінацією черевної порожнини та подальшим проведенням комплексної інтенсивної терапії пацієнта.

В світі останніми роками було запроваджено багато нових методів діагностики та лікування вторинного перитоніту. Іде напрацювання

та вдосконалення різноманітних технік оперативних втручань. Продовжується розробка комплексних підходів до періопераційного лікування цієї важкої патології.

Успіхи в фармацевтичній промисловості дозволяють розширити існуючі можливості медикаментозної терапії. Однак сучасна антибіотикотерапія не може радикально вирішити проблему лікування прооперованих хворих. Це пов'язано з формуванням стійкості штамів мікроорганізмів до антибіотикотерапії, а також з глибокими порушеннями обмінних процесів у вікових пацієнтів, та порушенням їх імунного статусу.

Surviving Sepsis Campaign Guidelines від 2021 р. рекомендують для пацієнтів з високою ймовірністю сепсису або із можливим септичним шоком негайне введення антибіотиків протягом однієї години з моменту першого виявлення ознак сепсису. У хворих з можливим сепсисом без шоку пропонується швидке обстеження для виявлення ознак шоку та подальше застосування антибіотиків протягом трьох годин після виявлення таких ознак [4].

Проблема гострого вторинного перитоніту на сьогодні не втратила своєї актуальності та через високу питому вагу післяопераційних ускладнень та високий рівень смертності пацієнтів потребує подальшого вивчення.

### Література:

1. Perl J, Fuller D, Bieber B, et al. Peritoneal dialysis-related infection rates and outcomes: results from the peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study (PDOPPS). *Am J Kidney Dis.* 2020;76(1):42–53.
2. Oki R, Tsuji S, Hamasaki Y, et al. Time until treatment initiation is associated with catheter survival in peritoneal dialysis-related peritonitis. *Sci Rep.* 2021;11(1):6547.
3. Meng L, Yang L, Zhu X, et al. Development and validation of a prediction model for the cure of peritoneal dialysis-associated peritonitis: a multicenter observational study. *Front Med.* 2022;9:875154.
4. Evans et al Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med* (2021) 47:1181–1247, doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y