

Шандора К.Н.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТОЯННОГО АМБУЛАТОРНОГО ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Чак Т.А.

Кафедра клинической фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Перитонеальный диализ (ПД) — метод внепочечного очищения организма от продуктов метаболизма, избытка воды и электролитов, экзогенных токсинов посредством диффузии и осмоса через брюшину как естественную полупроницаемую мембрану. Ранние внутрибрюшинные осложнения составляют 35 – 56% всех осложнений, а внутрибрюшные абсцессы – 10-34 % от их числа. Конечным результатом развития перитонита в 20–30% случаев является летальный исход

Цель: проанализировать случай почечно-заместительной терапии (ПЗТ) методом постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД) из клинической практики у пациента – потенциального реципиента донорской почки.

Материалы и методы. Было проанализировано 4 медицинские карты стационарного пациента К., 48 лет, который проходил лечение на базе нефрологического отделения многопрофильного стационара. Госпитализировался в стационар после начала ПАПД 4 раза, из них с осложнениями ПД – 2 раза. Диагноз: Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный (2020г) кардиосклероз. Гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выходного тракта левого желудочка. Недостаточность митрального клапана с регургитацией II-III степени. Недостаточность трикуспидального клапана с регургитацией II степени. Атеросклероз аорты с расширением в восходящем отделе до 39 мм. Недостаточность аортального клапана с регургитацией II степени. Артериальная гипертензия III, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность ФКЗ Н2А. Легочная гипертензия I степени. Первичный нефроангиосклероз. Кисты обеих почек. Хроническая болезнь почек С5Д. (ПАПД с 27.08.2020). Вторичный некупируемый перитонит.

Пациент состоит в очереди на получение донорской почки.

Результаты и их обсуждение. ПЗТ пациента методом ПАПД осуществлялось на протяжении 10 месяцев. Предпочтение данному виду ПЗТ было отдано ввиду тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. За этот период пациент К. был госпитализирован в стационар 2 раза с осложнениями в виде вторичного перитонита. При первом поступлении в стационар после начала ПАПД наблюдалась клиническая картина бактериального перитонита. В результате посева перитонеального раствора выделен рост *Achromobacter xylosoxidans* ss. *xylosoxidans*. АБ терапия включала цефазолин (1.0 г. 2 раза в сутки), ципрофлоксацин (250 мг. 1 раз в сутки), к которым микроорганизм был чувствителен согласно данным бактериологического посева диализата. Пациент был выписан с улучшением для продолжения ПАПД.

Вторая госпитализация по поводу перитонита на фоне ПАПД произошла через 18 дней после предыдущей. Согласно лабораторным данным, у пациента развился вторичный асептический перитонит, впоследствии осложнившийся бактериальным перитонитом. В результате посева перитонеального раствора выделен рост *Stenotrophomonas maltophilia* в низком титре. АБ не назначалась. В период данной госпитализации у пациента удален катетер Тенкхоффа и для дальнейшего осуществления ПЗТ пациент переведен на постоянный гемодиализ.

Выводы: за период проведения ПАПД (10 месяцев) было 2 эпизода перитонита. При микробиологическом исследовании были получены микроорганизмы, которые не соответствуют распространенным возбудителям перитонита (*Achromobacter xylosoxidans* spp., *Stenotrophomonas maltophilia*). Осложнение ПАПД рецидивирующим вторичным перитонитом явилось основанием для замены ПАПД на постоянный гемодиализ.