

Шандора К.Н.

**АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНЯЮЩЕГО
ПОЧЕЧНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА**

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

Кафедра клинической фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Перитонеальный диализ — метод внепочечное очищения организма от продуктов метаболизма, избытка воды и электролитов, экзогенных токсинов посредством диффузии и осмоса через брюшину как естественную полупроницаемую мембрану. Недостатком данного метода является высокая частота развития вторичного перитонита.

Цель: оценить эффективность проводимой антибактериальной (АБ) терапии у пациента с постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД) на примере клинического случая.

Материалы и методы. Были проанализированы медицинские карты стационарного пациента Д., 61 год, который проходил лечение в нефрологическом отделении многопрофильного стационара. Госпитализировался в стационар после начала ПАПД 7 раз с инфекционными осложнениями. Диагноз: Хронический гломерулонефрит, морфологически неуточненный, с исходом в нефросклероз. Хроническая болезнь почек С5Д (ПАПД с 27.02.19). Симптоматическая артериальная гипертензия. Вторичный перитонит. Ишемическая болезнь сердца: атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Недостаточность митрального клапана с регургитацией 2 степени, трикуспидального клапана с регургитацией 2-3 степени. НПА (ФК 2). Умеренная легочная гипертензия

Результаты и их обсуждение. Почечно-заместительная терапия пациенту методом ПАПД осуществлялось на протяжении 3 лет. За этот период пациент Д. был госпитализирован в стационар 7 раз с осложнениями ПАПД. В двух случаях госпитализации у пациента наблюдалась инфекция места выхода катетера, ассоциированная с *Staphylococcus aureus*. В первом случае АБ терапия включала амоксициллин/клавулановую кислоту, что соответствовало результатам бактериологического посева отделяемого в области выхода перитонеального катетера, и банеоцин местно на область выхода перитонеального катетера. При втором случае инфекция в области катетера привела к развитию катетер-ассоциированного перитонита, терапия которого осуществлялась левофлоксацином внутривенно и ванкомицином интраперитонеально. При остальных госпитализациях у пациента наблюдалась клиничко-лабораторная картина вторичного перитонита, однако при посеве перитонеального раствора роста микроорганизмов не было обнаружено. Эмпирическим путем была подобрана АБ терапия, эффективность которой оценивалась по результатам лабораторных исследований (цитоз и лейкограмма перитонеального раствора, общий анализ крови, С-реактивный белок, прокальцитонин). АБ терапия включала меропенем, ванкомицин, ципрофлоксацин, колистин. При последней госпитализации по поводу вторичного перитонита у пациента Д. был удален катетер Тинкхоффа, и почечно-заместительная терапия проводилась методом гемодиализа. В этот период состояние пациента осложнилось тяжелой коронавирусной инфекцией, что в итоге привело к летальному исходу.

Выводы: за период проведения ПАПД было 6 эпизодов перитонита и 1 эпизод инфекции места выхода катетера. В случаях обнаружения роста микрофлоры при бактериологическом исследовании определялись микроорганизмы, которые соответствуют распространенным возбудителям перитонита (*Staphylococcus aureus*). Невзирая на соответствие АБ-терапии спектру чувствительности обнаруженной микрофлоры, а в случае отсутствия роста клинически успешному использованию эмпирической терапии в соответствии с наиболее вероятными возбудителями перитонита при ПАПД, у пациента отмечено рецидивирование процесса, которое в итоге привело к удалению катетера Тинкхоффа.