

## ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

<sup>1</sup>Ильинчик О.В., <sup>2</sup>Бовтюк Н.Я., <sup>2</sup>Шевцова Е.В.

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения «1-я городская клиническая больница»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение образования «Белорусский государственный  
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Перитонеальный диализ (ПД) является одной из модальностей заместительной почечной терапии (ЗПТ). ПД имеет преимущества перед другими видами ЗПТ. Актуальной проблемой остается развитие перитонита, который может закончиться остановкой терапии. Диализные перитониты являются самым частым хирургическим осложнением ПД, они полиэтиологичны. В настоящий момент отсутствуют данные о частоте развития перитонитов и тактике их лечения в Республике Беларусь у пациентов, получающих терапию ПД.

**Цель.** Изучение частоты развития, структуры и тактике лечения перитонитов у пациентов, находящихся на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ материалов лечения пациентов, находившихся на постоянном амбулаторном перитонеальном диализе в отделении гемодиализа УЗ «1-я городская клиническая больница» в 2017–2022 гг. Пациентам была произведена лапароскопическая имплантация внутривентриального катетера Тенкоффа с завитком по определенной методике: хирургический доступ проводится по срединной линии живота на 2 см ниже пупка; проксимальный (рабочий) отдел катетера опускается в полость малого таза; дистальный отдел катетера выводится в

подкожном тоннеле на передней поверхности живота. Внутренняя манжетка устанавливается и фиксируется отдельными швами предбрюшинно. Катетер протягивается по тоннелю и выводится на поверхность живота. Наружная манжетка фиксируется подкожно в 2 см от места выхода катетера на поверхность живота. Критерием развития перитонита было наличие минимум 2 из основных признаков: симптомы воспаления брюшины; снижение прозрачности перитонеального раствора (диализата) с увеличенным цитозом (более 100 клеток на 1 мкл), преимущественно (более 50%) нейтрофильным; выявление бактерий в сливаемой перитонеальной жидкости окраской по Граму или при микробиологическом исследовании. Были выделены варианты клинического течения перитонитов: неосложненный, возвратный, рецидивирующий, повторный, рефрактерный, катетер-ассоциированный. Этиологический фактор был установлен на основании микробиологического анализа диализата (исследования проводились в микробиологической лаборатории Минского городского центра гигиены и эпидемиологии).

**Результаты.** Частота развития диализных перитонитов была рассчитана по формуле: частота= $N \cdot 12 / P$ , где  $N$  — количество пролеченных пациентов на ПД,  $P$  — количество выявленных случаев перитонита.

В 2017 г. было пролечено 55 пациентов. За 12 месяцев был установлен 41 случай перитонита, что соответствует одному случаю перитонита на 16 месяцев лечения. В 2018 г. было пролечено 52 пациента. За 12 месяцев было установлено 37 случаев перитонита, что соответствует одному случаю перитонита на 16,7 месяцев. В 2019 г. было пролечено 48 пациентов. За 12 месяцев был установлен 31 случай перитонита, что соответствует одному случаю перитонита на 18,5 месяцев. В 2020 г. было пролечено 34 пациента. За 12 месяцев было установлено 26 случаев перитонита, что соответствует одному случаю перитонита на 15,7 месяцев. В 2021 г. было пролечено 22 пациента. За 12 месяцев было установлено 17 случаев перитонита, что соответствует одному случаю перитонита на 15,5 месяца. В 2022 г. было пролечено 14 пациентов. За 12 месяцев было установлено 11 случаев перитонита, что соответствует одному случаю перитонита на 15,2 месяца. В среднем количество перитонитов составляет 1 эпизод на 16,3 месяца.

Катетер-ассоциированным перитонитом являлся 1 эпизод (0,4%), была произведена замена катетера для перитонеального диализа. За 6 лет 1 случай (0,4%) был классифицирован как рецидивирующий перитонит. Катетер был удален, пациент переведен на гемодиализ. Простыми перитонитами было 247 (99%) эпизодов, проведена антибиотикотерапия. Основной метод введения антибиотиков — интраперитонеальный. Случаев возвратного, повторного и рефрактерного перитонитов за данный период зафиксировано не было. Развитие перитонитов исследованной группы пациентов обусловлено бактериальной инфекцией. В 47% случаев было установлено этиологи-

чески значимое количество *Staphylococcus aureus*; 26% перитонитов вызвано *Staphylococcus epidermidis*; 13% случаев обусловлено инфицированием *Klebsiella pneumoniae*, ss. *pneumoniae*. Также в исследуемом образце были выявлены *Escherichia coli*; *Streptococcus viridans*; *Actinobacter baumannii*.

**Выводы.** Частота развития перитонитов имеет тенденцию к повышению (увеличение частоты выявленных эпизодов на 18% с 2019 по 2022 г.), при этом неосложненный перитонит встречается наиболее часто. Основным этиологическим фактором развития осложнения являются бактерии рода *Staphylococcus* (73% случаев). Абсолютное большинство диализных перитонитов лечатся консервативно и не требуют оперативного вмешательства.