

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ

Чиж Г.А., Ильина П.Д.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Лавров Н.В.

Кафедра фармакологии и доказательной медицины с курсом клинической фармакологии
и фармакоэкономики

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: перитонит является наиболее частым и грозным осложнением острых деструктивно — воспалительных заболеваний органов брюшной полости (ОБП) [1]. Являясь сугубо хирургическим заболеванием, перитонит требует адекватной фармакологической поддержки пациентов на разных этапах лечения.

Цель исследования: отразить значение рациональной фармакологической поддержки (ФрП) пациентов с перитонитом на дооперационном, пери — и послеоперационном этапах лечения. Обследование пациентов с острыми хирургическими заболеваниями ОБП, течение которых осложнилось перитонитом.

Материалы и методы: изучение результатов исследований, посвящённых проблеме лечения перитонита и отражённых в современной литературе.

Результаты: результаты современных исследований свидетельствуют о полимикробном характере острого гнойного перитонита. Наиболее часто (67%) в качестве аэробного компонента патогенной микрофлоры при перитоните встречаются энтеробактерии, но в последнее время возрастает роль грамположительной флоры, которая встречается в 20% случаев. Наиболее эффективным стартовыми антибиотиками являются карбапенемы [2]. Основу консервативного компонента лечения перитонита на всех этапах лечения составляет инфузионная терапия, что связано с патофизиологическими изменениями при перитоните [3]. Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1:3. Наибольшими преимуществами, в силу меньшего риска выхода в интерстиций и отсутствия клинически значимого воздействия на систему гемостаза, обладают гидроксизетилкрахмалы. Часто применяющаяся трансфузия альбумина обоснована только при критическом снижении альбумина в крови — менее 20 г/л. В иных случаях возможно развитие синдрома капиллярной утечки [3].

Выводы: главными векторами ФрП при перитоните на разных этапах лечения, являются борьба с возбудителями острой хирургической патологии ОБП и коррекция метаболических и органных нарушений. Частое применение для антибактериальной терапии при перитоните цефалоспоринов III–IV поколения в силу своей доступности, является необоснованным в силу слабой чувствительности к ним энтеробактерий и возрастающей роли грамположительной флоры в возникновении перитонита [2]. Коррекция метаболических и органных нарушений должна включать кристаллоидные и

коллоидные растворы. Необоснованное превышение соотношения растворов в сторону коллоидных растворов опасно возникновением синдрома капиллярной утечки [3].

Литература

1. Избранные лекции по курсу факультетской хирургии. Под редакцией академика РАН Н.А. Майстренко и профессора Ал.А. Курыгина. 2015. С. 186–220.
2. Койчев Е.А. Обоснование хирургической тактики лечения больных с распространённым гнойным перитонитом. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Одесский национальный медицинский университет. 2017.
3. Протоколы неотложной помощи и интенсивной терапии, рекомендованные 9-м съездом Федерации анестезиологов и реаниматологов (Перитонит). Санкт-Петербург, 2005.