

**ПРЕЖИВЯЕМОСТ И ПРОГНОСТИЧНИ ФАКТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С  
ИНТРААБДОМИНАЛНА ИНФЕКЦИЯ**

**д-р Абед Ал-Захра Джабур**

*Свободна докторантура*

Перитонитът остава тежко състояние, въпреки че смъртността може да бъде намалена чрез стриктно прилагане на хирургичните принципи. Докато смъртността определят броя на хората, които умират от определено заболяване за една година, раздлен на общия брой хора, то преживяемостта изчисляват процента на хората със заболяване, които все още са живи, след определен период от време от поставяне на диагнозата.

Смъртността, свързана с перитонит е била около 90% в началото на 90-те години. Оттогава тези проценти спадат до приблизително 13-43% с използването на подходящи лекарствени терапии и поддържащи грижи. При тежки интраабдоминални инфекции и перитонит смъртността може да се увеличи до повече от 30-50%. Едновременното развитие на сепсис, SIRA и MODF може да повиши смъртността до над 70%. Прогнозата и изходът от перитонита зависят от сложното взаимодействие на много фактори, свързани с пациента, свързани с болестта и оперативната интервенция.

Някои от факторите оказващи влияние върху преживяемостта и смъртността от перитонит са:

**Възраст**

По-високите възрастови са със сравнително по-висока смъртност и заболяемост.

**Пол**

С по-висока смъртност и заболяемост са мъжете. Това вероятно са обяснени от начина на живот и рискови фактори - пушене на цигари, консумацията на храни и напитки, съдържащи кофеин, злоупотреба с алкохол и стрес

**Време от началото на оплакванията**

Забавеното лечение води до септицемия и по този начин намалява преживяемостта, води до широко разпространение на локализиран източник на инфекция и до по-генерализиран перитонит.

**Съпътстващи заболявания**

Съпътстващата патология свързана с диабет, обезитас, заболявания на ССС и дихателната система и др.

**Сърдечен ритъм**

Сърдечната честота > 120 / мин оказва значителен ефект върху смъртността. Тахикардията е проява на септицемия, причинена от медиаторите на възпаление, които причиняват загуба на течност в перитонеалната кухина и червата. Това води до тахикардия с цел да поддържа на сърдечната циркулация и тъканна оксигенация. Перитонитът също предизвикват увеличаване на освобождаването на надбъбречните хормони причиняващи тахикардия. Ако състоянието на кръвообращението не е коригирано и ако има забавяне в операцията, пациентът може да се влоши бързо, което увеличава заболяемостта и смъртността.

**Кръвно налягане**

Смъртността се повишава до 80% за пациенти с кръвно налягане <100 mmHg. Загубата на течности, причинена от перитонита, води до хипотония, която води до лоша оксигенация на тъканите и метаболитна ацидоза, която депресира сърдечна функция. Бъбречната недостатъчност също се развива поради намалена бъбречна перфузия, което засилва метаболитната ацидоза. Това в крайна дисфункция и в крайна сметка смърт.

### **Дихателна честота**

Коремна дистензия поради илеус заедно с ограничаване на диафрагмални и интеркостални движения поради болка води до спад в дихателните обеми. Това предразполага към ателектаза, която от свия страна води до несъответствие във вентилация/ перфузия и понижаване на парциално налягане на кислород в кръвта.

Комбинацията от тези показатели се използва в различни скорови системи за оценка на тежестта и прогнозата за изхода от заболяването. Редица проучвания показват, че АРАСНЕ II и МРІ осигурява най-добри резултати и са най-приложими за клетъчните цели.

### **Усложнения**

Най-честите усложнения повлияващи преживяемостта са свързани с белите дробове, тромбоемболизъм, оперативната рана - инфекции, дехисценции и др.

### **Характер на перитонеалния замърсител**

Най-голяма заболяемост и смъртност се наблюдава при пациентите с феулентен перитонит.

### **Продължителност на оперативната интервенция**

В редица проучвания пациентите, подложени на по-продължителни оперативни интервенции, имат по-лош резултат, особени при интервенции продължили над 2 часа.

### **Септичният шок**

Той е чести усложнение на перитонита, което може да доведе до полиорганна недостатъчност и смърт. При вторичен перитонит обикновено се смята, че постоперативният перитонит е по-тежък от придобитият в общността. Причините, в подкрепа в това, включват имунната супресия, свързана с първоначалната хирургия, загуба на нормалния, физиологичен бактериален клирънс на перитонеума, наличие на кръв, жлъчка или фекалии в перитонеалната кухина и забавено начало на емпиричното антибиотично лечение при постоперативен перитонит поради повишена честота на резистентни патогени.

### **Микробиологичен агент**

Изолирането на Enterococcus и гъби в перитонеалната течност на пациенти с вторичен перитонит са свързани с по-лоша прогноза.

### **Перитонеална диализа**

Перитонитът е често срещано усложнение при пациенти, които са на продължителна амбулаторна перитонеална диализа (CAPD) и автоматизирана перитонеална диализа (APD). Тези пациенти имат по-висока смъртност.

### **Хипопротеинемия**

Хипопротеинемията в предоперативния и следоперативния период в фактор оказващ влияние върху преживяемостта и смъртността при болните с перитонит и ранното и коригиране пряко корелира с прогнозата и изходът от заболяването.

### **Литература**

1. Levison ME, Bush LM. Intra-abdominal Infection. In Mandell, Bennett, & Dolin's Principles and Practice of Infectious Diseases. In: Peritonitis and Intraperitoneal Abscesses. 6th ed. Churchill Livingstone: An Imprint of Elsevier; 2005.
2. Simmen H, Heinzelmann M, Largiader F. Peritonitis classification and causes. Dig Surg. 1996;13:381–3.
3. Malangoni MA, Inui T. Peritonitis - the Western experience. World J Emerg Surg. 2006;1:25.
4. Schein M. Surgical management of intra-abdominal infection: is there any evidence? Langenbecks Arch Surg. 2002;387(1):1–7.

5. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, Griffiths EA, Di Saverio S, Coimbra R, et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intraabdominal infections: a prospective multicenter study (WISS Study). *World J Emerg Surg.* 2015;10:61.
6. Weledji EP, Ngowe MN. The challenge of intra-abdominal sepsis. *Int J Surg.*
7. Angus DC, van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *NEJM.* 2013;369:840–51.
8. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315:801–10.
9. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Med.* 1996;22:707–10.
10. Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA.* 2001;286:1754–8.
11. Wittmann DH, Schein M, Condon RE. Management of secondary peritonitis. *Ann Surg.* 1996;224(1):10–18. doi: 10.1097/00000658-199607000-00003. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
12. Torer N, Yorganci K, Elker D, Sayek I. Prognostic factors of the mortality of postoperative intraabdominal infections. *Infection.* 2010;38(4):255-260. doi:10.1007/s15010-010-0021-4
13. Петрова, Н. Медицинска статистика.
14. Яръмов, Н. Хирургични болести. 2016
15. Яръмов, Н. Спешна хирургия. 2011