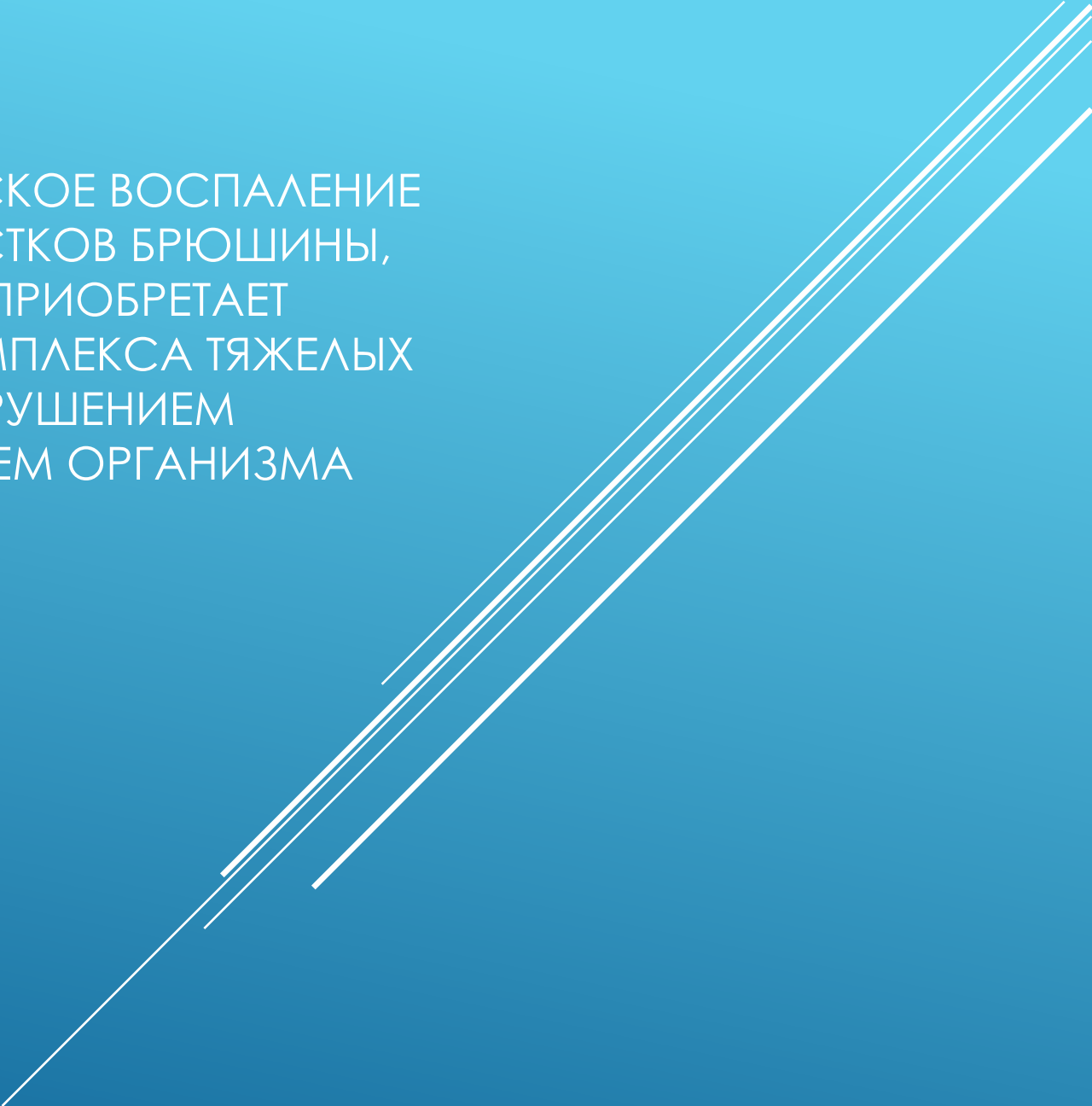


# ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ



ПЕРИТОНИТ – ЭТО ОСТРОЕ ИЛИ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПАРИЕТАЛЬНОГО И ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛИСТКОВ БРЮШИНЫ, КОТОРОЕ ПО МЕРЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРИОБРЕТАЕТ СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР С РАЗВИТИЕМ КОМПЛЕКСА ТЯЖЕЛЫХ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ И НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ВАЖНЕЙШИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

The background is a solid blue color. In the bottom right corner, there are several white lines of varying lengths and thicknesses, arranged in a diagonal pattern from the bottom left towards the top right, creating a sense of movement or a graphic element.

## ► Классификация по Савельеву В.С., Подагину П.В., Кириенко А.И. (2009)

### **ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ:**

1. ПЕРВИЧНЫЙ (СПОНТАННЫЙ ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ).
2. ВТОРИЧНЫЙ (ВЫЗВАННЫЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ И ДЕСТРУКЦИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ).
3. ТРЕТИЧНЫЙ (ПЕРСИСТИРУЮЩИЙ ИЛИ ВЯЛОТЕКУЩИЙ).

### **ПО РАСПРОСТРАНЕННОСТИ:**

1. ОТГРАНИЧЕННЫЙ (ИНФИЛЬТРАТ ИЛИ АБСЦЕСС).
2. НЕОТГРАНИЧЕННЫЙ:
  - МЕСТНЫЙ (ЗАНИМАЕТ МЕНЕЕ 3-Х ИЗ 9-ТИ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБЛАСТЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ);
  - РАСПРОСТРАНЕННЫЙ (ЗАНИМАЕТ 3 И БОЛЕЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ).

### **ПО ХАРАКТЕРУ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОДЕРЖИМОГО В ПОЛОСТИ БРЮШИНЫ:**

- СЕРОЗНЫЙ;
- СЕРОЗНО-ФИБРИНОЗНЫЙ;
- ФИБРИНОЗНО-ГНОЙНЫЙ;
- ГНОЙНЫЙ;
- КАЛОВЫЙ;
- ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ;
- ХИМИЧЕСКИЙ.

## Фазы течения перитонита.

**1. РЕАКТИВНАЯ ФАЗА** – СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИТОНИТА ВЫСТУПАЕТ ПРОЦЕСС АКТИВАЦИИ СИСТЕМ ЗАЩИТЫ, ТО ЕСТЬ МАССИВНОЕ ОСВОБОЖДЕНИЕ КИНИНОВ В ОТВЕТ НА ПЕРВИЧНУЮ ИНФЕКЦИОННУЮ АГРЕССИЮ. ТАКИМ ОБРАЗОМ, ПРИ УСТРАНЕНИИ ИСТОЧНИКА В РЕАКТИВНУЮ ФАЗУ ВОЗМОЖНО ПРОВЕДЕНИЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ПОЛЫХ ОРГАНАХ С НАЛОЖЕНИЕМ АНАСТОМОЗОВ.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕАКТИВНОЙ ФАЗЫ:

- ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ - ДО 24 ЧАСОВ;

- ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ - ДО 12 ЧАСОВ.

ПЕРИТОНИТ, КАК ПРАВИЛО, НЕ ПРОГРЕССИРУЕТ В СЛУЧАЕ УСТРАНЕНИЯ ЕГО ИСТОЧНИКА В РАННЕЙ ФАЗЕ И ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ. ЛЕТАЛЬНОСТЬ НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ.

**2. ТОКСИЧЕСКАЯ ФАЗА** - РАЗВИВАЕТСЯ ПОЛИОРГАННАЯ ДИСФУНКЦИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА. ДАННАЯ ФАЗА НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ 12-24 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ И ЧЕРЕЗ 24-48 ЧАСОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ДОСТИГАЕТ 20%.

**3. ТЕРМИНАЛЬНАЯ ФАЗА** - НАБЛЮДАЕТСЯ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ИСТОЩЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЧИСЛА ОСНОВНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА). ДАННАЯ ФАЗА НАБЛЮДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ 24-36 ЧАСОВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПЕРИТОНИ

СОГЛАСНО СВОДНОЙ СТАТИСТИКЕ ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ ОТМЕЧАЕТСЯ В 0,5-1,0% НАБЛЮДЕНИЙ, ВТОРИЧНЫЙ - В 94-95%, ТРЕТИЧНЫЙ - В 4,5-5,0%.

РАЗДЕЛЕНИЕ ВТОРИЧНОГО ПЕРИТОНИТА **ПО ПРОИСХОЖДЕНИЮ:**

- АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ - 30-65% СЛУЧАЕВ СРЕДИ ПРОЧИХ ФОРМ ВОСПАЛЕНИЯ БРЮШИНЫ (СМ. "ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПЕРИТОНИТОМ" - K35.0);

- ПЕРФОРАТИВНЫЙ (ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ) - 7-14%;

- ХОЛЕЦИСТО-ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ (ХОЛЕЦИСТИТЫ, ПРОПОТНОЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ БЕЗ ПЕРФОРАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ДР.) - 10-12%;

- СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ НЕКРОЗОМ И ВЫПОТОМ (ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ, ТРОМБОЗ СОСУДОВ БРЫЖЕЙКИ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДР.) - 3-5%;

- ГЕНИТАЛЬНЫЙ (САЛЬПИНГООФОРИТ, ЭНДОМЕТРИТ, ПИОСАЛЬПИНКС, РАЗРЫВ КИСТ ЯИЧНИКА И ДР.) - 3-12%;

- ТРАВМАТИЧЕСКИЙ;

- ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ;

- ДРУГИЕ ВИДЫ.

НЕЗАВИСИМО ОТ ПРИЧИНЫ, ВЫЗВАВШЕЙ ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ, В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ОН ЯВЛЯЕТСЯ ТИ



ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИЧИНАМИ ПЕРИТОНИТА, КОТОРЫЙ РАЗВИВАЕТСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ МЕСТНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, ВЫСТУПАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

- ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ - ОКОЛО 30% СЛУЧАЕВ;
- ДЕСТРУКТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ - 22%;
- ПОРАЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ - 21%;
- ПОРАЖЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ - 13%.

ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПАЦИЕНТАМИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ЖИВОТА ПРИ РАНЕНИЯХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ, А ТАКЖЕ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ - НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ АНАСТОМОЗОВ И ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЛЫХ ОРГАНОВ.





# Клиническая картина

## СТАДИИ:

### 1. РЕАКТИВНАЯ. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

- ПРЕОБЛАДАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ;
- ТОШНОТА;
- ЗАДЕРЖКА СТУЛА И ГАЗОВ;
- НАПРЯЖЕНИЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ;
- ТАХИКАРДИЯ;
- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ;
- СУХОЙ ЯЗЫК.

### 2. ТОКСИЧЕСКАЯ. НАБЛЮДАЕТСЯ НА 2-3-Й ДЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

#### ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ:

- УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ, БОЛЬНОЙ БЕСПОКОЕН;
- ПОЯВЛЕНИЕ ОДЫШКИ;
- ЧЕРТЫ ЛИЦА ЗАОСТРЯЮТСЯ, ЯЗЫК СУХОЙ;
- ПРИЗНАКИ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА - ЖИВОТ ВЗДУТ;
- МЕНЕЕ ВЫРАЖЕНО НАПРЯЖЕНИЕ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ПО СРАВНЕНИЮ С РЕАКТИВНОЙ СТАДИЕЙ); СОХРАНЯЮТСЯ СИМПТОМЫ РАЗДРАЖЕНИЯ БРЮШИНЫ;
- ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА НЕ ПРОСЛУШИВАЕТСЯ, ОТМЕЧАЕТСЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА И ГАЗОВ;
- УСИЛЕНИЕ РВОТЫ, РВОТНЫЕ МАССЫ ПРИОБРЕТАЮТ КОФЕЙНЫЙ ОТТЕНОК;
- НАРАСТАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА С РЕЗКИМ НЕЙТРОФИЛЬНЫМ СДВИГОМ И ПОЯВЛЕНИЕМ ИНЫХ ФОРМ;
- В РЕЗУЛЬТАТЕ ИНТОКСИКАЦИИ НАРУШАЮТСЯ ФУНКЦИИ ДРУГИХ ОРГАНОВ, РАЗВИВАЕТСЯ ПЕЧЕНОЧНО-ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.

### 3. ТЕРМИНАЛЬНАЯ. НА 3-4-Й ДЕНЬ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЛЕЧЕНИЯ НАСТУПАЕТ ОТГРАНИЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ МНИМЫМ УЛУЧШЕНИЕМ САМОЧУВСТВИЯ БОЛЬНОГО И ОСЛАБЕВАНИЕМ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ. ТЕМ НЕ МЕНЕЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ УКАЗЫВАЮТ НА ТЯЖЕЛУЮ ИНТОКСИКАЦИЮ:

- ЧЕРТЫ ЛИЦА ЗАОСТРЕНА, ГЛАЗА ЗАПАДАЮТ, У БОЛЬНЫХ ОТМЕЧАЕТСЯ СТРАДАЛЬЧЕСКОЕ ЛИЦО;
- ЯЗЫК СУХОЙ, ОБЛОЖЕН НАЛЕТОМ;
- ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ;
- ПОЛОЖЕНИЕ ТЕЛА НЕПОДВИЖНОЕ;
- ЧАСТАЯ РВОТА ИЛИ СРЫГИВАНИЕ ЗЕЛЕНОВАТОЙ ИЛИ КОРИЧНЕВАТОЙ ЖИДКОСТЬЮ;
- ЧАСТЫЙ ПУЛЬС СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ;
- ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, БРЮШНАЯ СТЕНКА НЕ УЧАСТВУЕТ В ДЫХАНИИ.



# Диагностика

1. **УЗИ** ВО МНОГИХ СЛУЧАЯХ ЗАТРУДНИТЕЛЬНО ВСЛЕДСТВИЕ ВЗДУТИЯ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА, ОДНАКО В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ЖИДКОСТЬ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ГАЗ ПОД ДИАФРАГМОЙ (ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПОЛОГО ОРГАНА) И ПРОВЕСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.
2. **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ** СЧИТАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ОДНАКО ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕГДА ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ЗАТРАТЫ ВРЕМЕНИ, НЕОПРАВДААННЫЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ.
3. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** ПОЗВОЛЯЕТ ОБНАРУЖИТЬ СВОБОДНЫЙ ГАЗ, ЧАШИ КЛОЙБЕРА, ВЫСОКОЕ СТОЯНИЕ КУПолов ДИАФРАГМЫ, ОГРАНИЧЕНИЕ ИХ ПОДВИЖНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ВЗДУТИЯ ИЛИ НАПРЯЖЕНИЯ МЫШЦ. В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ В ЛЕГКИХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИЗНАКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ.





# ▶ Лабораторная диагностика

## ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ НАРАСТАЮЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНО-ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- НЕКОНТРОЛИРУЕМОЕ СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ БЕЛКА;
- ПРИЗНАКИ АЗОТЕМИИ;
- ТОКСИЧЕСКАЯ ЗЕРНИСТОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ;
- АНЕМИЯ;
- АЦИДОЗ.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА И ПЕРИТОНИТА:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА ИЛИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ.
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СВЕРТЫВАЕМОСТИ: ИЗМЕНЕНИЯ ПРОТРОМБИНОВОГО ВРЕМЕНИ, ЧАСТИЧНОГО ТРОМБОПЛАСТИНОВОГО ВРЕМЕНИ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.
3. ВОЗМОЖНО ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕЧЕНОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ИНТОКСИКАЦИИ И ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.
4. В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ЛЕЙКОЦИТОЗ ( $> 11 \times 10^9$ ), СО СДВИГОМ ДО НЕЗРЕЛЫХ ФОРМ. ЛЕЙКОЦИТОЗ МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ СЕПСИСОМ И ОСЛАБЛЕННЫМ ИММУНИТЕТОМ ИЛИ ПРИ НАЛИЧИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ ИНФЕКЦИИ (НАПРИМЕР, ГРИБКИ, ЦИТОМЕГАЛОВИРУС) .

**ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:** ДЕГИДРАТАЦИЯ МОЖЕТ МАСКИРОВАТЬ АНЕМИЮ.

**ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ** ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ПОВЫШЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА МОЧИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ДЕГИДРАТАЦИИ.

**АНАЛИЗ КАЛА С БАКПОСЕВОМ** ВЫПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ АНАМНЕЗ ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ИНФЕКЦИОННОГО ГАСТРОЭНТЕРОКОЛИТА.

**СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПЕРИТОНИТЫ ОТ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

- ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА;
- ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВОЗНИКШИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ (КОДИРУЮТСЯ В ДРУГИХ РУБРИКАХ - O00-O07);
- ЗАБОЛЕВАНИЯ С ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ИНТОКСИКАЦИИ, НАПРЯЖЕННОСТЬЮ И БОЛЕЗНЕННОСТЬЮ МЫШЦ ЖИВОТА ("ОСТРЫЙ ЖИВОТ") БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ БРЮШИНЫ.



## Осложнения

- ИНФИЦИРОВАНИЕ ИЛИ РАСХОЖДЕНИЕ КРАЕВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ;
- КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ;
- АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ;
- СЕПСИС;
- ДВС-СИНДРОМ;
- ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ;
- ЭНТЕРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ);
- ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ;
- ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ (СОПЛ, ОРДС).





# Лечение

## СИСТЕМНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

### ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА: ЦЕФУРОКСИМ + АМИНОГЛИКОЗИДЫ II-III ПОКОЛЕНИЯ.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СХЕМЫ:

- АМИНОГЛИКОЗИДЫ II-III ПОКОЛЕНИЯ + ВАНКОМИЦИН + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- ЦЕФАЛОСПОРИНЫ III ПОКОЛЕНИЯ + АМИНОГЛИКОЗИДЫ II-III ПОКОЛЕНИЯ + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- ТИКАРЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ ИЛИ ПИПЕРАЦИЛЛИН/ТАЗОБАКТМ;
- ЦЕФЕПИМ + МЕТРОНИДАЗОЛ.

ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ГРИБОВ РОДА CANDIDA: ФЛУКОНАЗОЛ ИЛИ АМФОТЕРИЦИН В.

### ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ (КРОМЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО)

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА:

- АМПИЦИЛЛИН + АМИНОГЛИКОЗИДЫ II-III ПОКОЛЕНИЯ + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- АМИНОГЛИКОЗИДЫ II-III ПОКОЛЕНИЯ + ЛИНКОЗАМИДЫ;
- ЦЕФАЛОСПОРИНЫ III-IV ПОКОЛЕНИЯ + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- ТИКАРЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ (ИЛИ ПИПЕРАЦИЛЛИН/ТАЗОБАКТМ) + АМИНОГЛИКОЗИД;
- ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТМ.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

- КАРБАПЕНЕМЫ;
- ФТОРХИНОЛОНЫ + МЕТРОНИДАЗОЛ.

### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА:

- ЦЕФЕПИМ + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- АМИКАЦИН (ИЛИ НЕТИЛМИЦИН) + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- ТИКАРЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ ИЛИ ПИПЕРАЦИЛЛИН/ТАЗОБАКТМ;
- ЦЕФОПЕРАЗОН/СУЛЬБАКТМ.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

- ФТОРХИНОЛОНЫ + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- ТИКАРЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ (ИЛИ ПИПЕРАЦИЛЛИН/ТАЗОБАКТМ) + АМИНОГЛИКОЗИДЫ II-III ПОКОЛЕНИЯ.

### ИНФИЦИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ АБСЦЕСС ИЛИ ПЕРИТОНИТ

ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА:

- КАРБАПЕНЕМЫ;
- ЦЕФЕПИМ + МЕТРОНИДАЗОЛ.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ:

- ФТОРХИНОЛОНЫ (ОСОБЕННО ПЕФЛОКСАЦИН) + МЕТРОНИДАЗОЛ;
- ТИКАРЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТ ИЛИ ПИПЕРАЦИЛЛИН/ТАЗОБАКТМ.

## ▶ Третичный перитонит

- ▶ Препараты выбора:
  - карбапенемы;
  - фторхинолоны + аминогликозиды II-III поколения + метронидазол;
  - цефепим+ метронидазол;
  - цефоперазон/сульбактам;
  - альтернативная схема: азтреонам + линкозамиды;
  - при выделении метициллинорезистентных стафилококков (MRSA) дополнительно - гликопептид, линезолид или рифампицин.
- ▶