

C.Z.U.: 616.381-002-02

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2024.3-80.20>

FRECVENȚA ȘI STRUCTURA ETIOLOGICĂ A PERITONITELOR

Irina PALADII, dr. în șt. med., cercet. științific,
Liuba STRELTOV, dr. în șt. med., asist. univer.,
Vladimir KUSTUROV, dr. hab. în șt. med., conf. cercet.,
Sergiu BERLIBA, dr. în șt. med., conf. univer.,
Vitalie LESCOV, asist. univer.

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova
e-mail: irina.paladii@usmf.md

Rezumat.

Introducere. Peritonita rămâne o problemă actuală în chirurgie, care se asociază cu o mortalitate ridicată - 20-30%, în cazuri grave ajungând peste > 70%.

Scopul. Analiza etiologică a peritonitelor în grupul de cercetare.

Material și metode. Analizate 245 fișe medicale a pacienților cu peritonită, tratați în anul 2023, în IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, R. Moldova.

Rezultate. Peritonită primară în 11(4,48%) cazuri; peritonita secundară în 234 (95,51%), peritonită în prelungire la 9 pacienți. Decedați 57 (23,26%) pacienți.

Concluzii. Cauzele etiologice și frecvența peritonitelor în grupul de cercetare sunt în concordanță cu datele literaturii.

Cuvinte cheie: peritonită, etiologie.

Summary. Frequency and etiologic structure of peritonitis.

Introduction. Peritonitis remains a current problem in surgery, which is associated with high mortality - 20-30%, in severe cases reaching over > 70%.

Aim. Etiologic analysis of peritonitis in the research group.

Material and methods. Examination of 245 medical records of patients with peritonitis, treated in 2023, in Institute of Emergency Medicine, Chisinau.

Results. Primary peritonitis in 11(4,48%) cases; secondary in 234 (95,51%), continuous peritonitis in 9 patients. Death rate - 57 (23,26%) patients.

Conclusions. The frequency and etiologic causes of peritonitis in the research group correspond to the literature data.

Keywords: peritonitis, etiology.

Резюме. Частота и этиологическая структура перитонита.

Введение. Перитонит является актуальной проблемой хирургии, в связи с высокой летальностью, в тяжелых случаях достигающей более >70%.

Цель. Изучить этиологию перитонитов в группе исследования.

Материал и методы. Проведен анализ 245 историй болезни пациентов с перитонитом, пролеченных в 2023 году в Институте скорой медицинской помощи (IMSP IMU), Кишинев, Республика Молдова.

Результаты. Первичный перитонит в 11 (4,48%) случаях; вторичный – 234 (95,51%), продолжающийся перитонит у 9 больных. Летальность – 57 (23,26%) больных.

Выводы. Этиологические причины и частота перитонитов в исследуемой группе соответствуют литературным данным.

Ключевые слова: перитонит, этиология.

Introducere.

Peritonita este o inflamație a peritoneului parietal și visceral, țesutul care acoperă peretele interior al abdomenului și majoritatea organelor interne abdominale. În majoritatea cazurilor, peritonita are o etiologie microbiană, fiind cauzată de bacterii sau ciuperci [1-3, 6, 10, 11]. Conform noțiunii date de academicianul A.N.Bakulev (1963) peritonita acută este și va fi o problemă fără vârstă, stringentă și

permanentă, a chirurgiei abdominale de urgență [9]. Peritonita asociată cu leziuni distructive ale organelor cavității abdominale ocupă unul dintre primele locuri în structura morbidității chirurgicale. În ultimii ani, numărul pacienților cu peritonită generalizată de diferite etiologii a crescut brusc: forme infectate de pancreonecroză, perforații gastrointestinale, diverse leziuni traumatice ale organelor cavității abdominale, etc. Rata mortalității variază de la 19 la 60% cazuri. În

poftida progreselor realizate în medicină, tratamentul peritonitelor rămâne o problemă actuală în chirurgie, care se asociază cu o mortalitate ridicată - 20-30 %, în cazuri grave ajungând peste >70% [4-6, 10, 11], și necesită cercetări ulterioare.

În prezent, există aproximativ 30 de clasificări ale peritonitei. Datele de literatură cunosc multiple clasificări elaborate în a II jumătate a secolului XX: de В.И.Стручков cu autor. (1967), А.М. Карякин (1968), К.С. Симонян (1971), В.Д. Федоров (1974), Б.Д. Савчук (1979), В.К. Гостищев (1992), Е.Г. Григорьев (1996), și clasificarea convenită la Rostov în 2000 В.Д. Федоров, В.С. Савельев et al. (2000) [10, 11]. În literatura străină, clasificarea lui D. Whittmann (1990), se utilizează, de asemenea, clasificarea infecției intraabdominale (IAI) propusă în 2009 de F. Menichetti, G. Sganga [6].

Actualmente, universal recunoscută este clasificarea peritonitei propusă de В.С.Савельев cu colab. și aprobată la Congresul XI al chirurgilor din Rusia în 2011 [11], care include mai multe principii de apreciere a peritonitei:

I. Diagnosticul de bază.

II. Caracterul evoluției: primară, secundară, terțiară.

III. După raspândire: Locală (I-II zone anatomice); delimitată (infilație, abces); nedelimitată; generalizată; difuză (III-V zone anatomice sau un etaj al cavității abdominale); revărsată (>V zone anatomice sau două etaje al cavității abdominale).

IV. După caracterul exudatului: hemoragic; seros; fibrinos, etc. Impurități: conținut intestinal, bilă etc.

V. În funcție de gravitatea afecțiunii, în funcție de severitatea reacției inflamatorii sistemice și a disfuncției multiorganice (determinată în puncte pe baza scării APACHE II, SAPS, MODS, SOFA; APACHE II, SAPS (absența sepsisului, sepsisului sever, șocului septic).

VI. Complicații: intraabdominale (omentită, abcese); din partea peretelui abdominal anterior și țesutului retroperitoneal (flegmon, etc.), extraabdominale (tromboză venoasă profundă, pneumonie, pleurezie, etc.).

Pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului pacienților cu peritonită este necesar să se utilizeze clasificări clinice de aplicare practică. În ciuda numărului mare de clasificări ale peritonitei, cea mai mare valoare prezintă clasificarea clinică ce are aplicare practică, asociată cu tactici terapeutice și chirurgicale. Clasificarea clinică conține: etiologia; raspândirea leziunilor peritoneale; gradul de severitate a manifestărilor clinice și evoluția; caracterizarea complicațiilor [2, 4, 5, 10, 11].

Scopul.

Analiza spectrului și cauzelor etiologice a peritonitelor în grupul de cercetare.

Material si metode.

Efectuată analiza a 245 fișe medicale ale pacienților cu peritonită, tratați în Institutul de Medicină Urgentă (IMSP IMU), Chisinau, în anul 2023. Vârsta medie $52,7 \pm 18,53$ ani. Bărbați 131(53,46%), femei 114(46,53%). Decedați 57(23,26%): bărbați 27 (47,36%), femei 30(52,63%). Spectrul investigațiilor la spitalizare a inclus: examenul clinic, de laborator, USG, radiografia, CT, etc. Tratament chirurgical individualizat, conform tacticilor stabilite în Clinica chirurgiei Institutul de Medicină Urgentă. Pentru a rezuma rezultatele au fost utilizate metode statistice de analiză.

Rezultate și discuții.

Frecvența și structura etiologică a peritonitei rămâne destul de stabilă pentru o lungă perioadă de timp. Conform datelor de literatură: incidența peritonitei la bărbați este mai mare – 60-65%; patologia este prezentată la diferite grupe de vârstă, variind de la 15 la 88 de ani; proporția pacienților cu vârsta peste 60 de ani este de 30-40% [1,10, 11].

Clasificarea unanim acceptată și utilizată a peritonitei se bazează pe trei categorii etiologice: peritonită primară, secundară și terțiară.

Peritonita primară apare la 1-5% pacienți, se dezvoltă ca urmare a infecției hematogene/limfogene a cavității abdominale în absența unei surse intraabdominale sau a transudării infecției specifice din alte organe. În acest caz, se disting: 1) peritonita primară la copii; 2) peritonita primară la adulți după drenarea ascitei în cazul cirozei, etc.; 3) peritonita tuberculoasă, etc.

În spitalul IMU, în anul 2023 cu peritonită primară au fost tratați 11 pacienți. Vârsta medie $53,81 \pm 17,63$ ani. Bărbați 5(45,45%), femei 6(54,54%). Decedați 3(27,27%): bărbați (n=2), femei (n=1).

Peritonita secundară este cea mai frecventă categorie, care îmbină toate formele de inflamație peritoneală dezvoltate ca urmare a lezării sau traumei organelor abdominale: 1) peritonita cauzată de perforarea și lezarea organelor abdominale; 2) peritonita postoperatorie în prelungire; 3) peritonita posttraumatică: datorată traumatismului abdominal închis, leziunilor abdominale penetrante. Peritonita secundară este cea mai frecventă și severă formă de infecție abdominală. Peritonita secundară diferă în ceea ce privește sursele de contaminare bacteriană și stadiile peritonitei. Conform literaturii de specialitate, cauză frecventă a peritonitei este perforarea unui organ cavitat. Pe primul loc se situează apendicita acută (30-50%), după care urmează: ulcerul gastro-

duodenal perforativ (10-27%), colecistita acută (10-11%), perforațiile organelor cavitare posttraumatice (7-11%), peritonita postoperatorie (5%), pancreatita acută (4%), ocluzia intestinală (3%), etc. [10, 11].

Studiul nostru a cuprins 234 fișe medicale al pacienților cu peritonita secundară acută, tratați în IMU în anul 2023. Varsta $51,59 \pm 18,66$ ani. Bărbați 126(53,84%), femei 108(46,15%). Decedați 54(23,07%) pacienți: bărbați 25(46,29%), femei 29(53,7%).

Principalele cauze nozologice ale peritonitei secundare depistate în grupul de cercetare au fost: apendicita acută – 90 (38,46%); ulcerul perforat – 39(16,66%); colecistita acută – 26(11,11%); perforația intestinului gros – 25 (10,68%) și subțire – 16(6,83%) de diverse etiologii; formele infectate al pancreatitei distructive – 12 (5,12%); ischemie intestinală datorată tulburărilor circulației mezenterice – 5 (2,13%), traumatism abdominal – 5 (2,13%); boli inflamatorii ale organelor pelvine – 6 (2,56%); ocluzie intestinală – 4 (1,7%); perforația diverticulozei colonice – 3 (1,28%); dehiscenta anastomozei – 3 (1,28%) cazuri. (tabelul 1).

Dezvoltarea peritonitei secundare a fost cauzată de: traumatism abdominal – 5 (2,13%); patologie oncologică depășită – 4 (1,7%); procese inflamatorii distructive acute: stomac, intestin, vezică biliară, organe pelvine – 217 (92,73%); tromboza vaselor mezenterice – 5 (2,13%); diverse complicații postoperatorii – 3 (1,28%).

Relaparotomia a fost efectuată la 25 de pacienți, laparostomia la 9 pacienți.

Peritonita terțiară se caracterizează printr-o evoluție continuă - persistentă a procesului infecțios după mai mult de 48 de ore de la un tratament chirurgical reușit și adecvat al sursei de peritonită secundară. Patologia se dezvoltă mai frecvent la pacienți imuno-compromiși cu dereglări severe a funcțiilor de secreție și absorbție intestinală, având ca urmare contaminarea cavității abdominale cu floră microbiană saprofită și nosocomială rezistentă [10, 11]. Peritonita terțiară este considerată o incapacitate a sistemului de apărare al pacientului de a forma un răspuns adecvat la procesul infecțios care se dezvoltă în cavitatea abdominală. Mortalitatea prin peritonită terțiară este foarte înaltă și variază între 30 și 64%. Manifestările clinice ale acestei peritonite sunt vagi, caracterizate prin tulburări hiperdinamice ale circulației sanguine, hipertermie moderată, disfuncție multiorganică fără simptome locale clare de infecție intraabdominală. La laparotomie, cauzele peritonitei nu sunt întotdeauna găsite, chiar și în cazul intervențiilor chirurgicale repetate. Această formă de peritonită este cauzată de infecția cu tulpini multirezistente, caracteristică infecției nosocomiale: eșerihiia coli, stafilococi, enterococi, enterobacterii, pseudomonade sau ciuperci Candida spp. [1-8, 10, 11].

Acest tip de peritonită infecțioasă cu o evoluție persistentă a fost constatată în studiu la 9 pacienți, dintre care 5 au decedat.

Studiul efectuat prezintă date, că motivul pentru rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului peritonitelor sunt complicațiile: peritonită generalizată,

Tabelul 1.

Caracteristica cauzelor peritonitelor secundare în lotul de studiu

Cauza nozologică	Nr.
Apendicita acută	90(38,46%)
Ulcerul perforat	39(16,66%)
Colecistită acută	26(11,11%)
Perforația intestinului gros	25(10,68%)
Perforația intestinului subțire	16(6,83%)
Formele infectate al pancreatitei distructive	12(5,12%)
Traumatism abdominal	5(2,13%)
Ischemie intestinală cauzată tulb. circulației mezenterice	5(2,13%)
Boli inflamatorii ale organelor pelvine	6(2,56%)
Ocluzie intestinală	4(1,7%)
Dehiscentă anastomozei, etc.	3(1,28%)
Perforația diverticulozei colonice	3(1,28%)
Total	234(95,51%)

sepsisul abdominal, insuficiența poliorganică. Aceste date impun căutarea unor noi algoritmi și metode de tratament pentru un diagnostic cât mai precoce, și prevenirea unei evoluții trenante, asociată cu complicații a pacienților cu peritonită.

Concluzie.

Frecvența și cauzele etiologice a peritonitelor în grupul de cercetare sunt concordante cu datele literaturii: peritonita primară a fost constatată în 4,48% cazuri; peritonita secundară în 95,51% cazuri; evoluția persistentă a peritonitei infecțioase a fost constatată la 9 pacienți.

Cauzele etiologice de bază a peritonitelor secundare în grupul de cercetare au fost: apendicita acută – 38,46%; ulcerul perforat – 16,37%; perforația intestinului gros – 10,68% și subțire – 6,83%; forme infectate de pancreatită distructivă – 5,12%, etc.

Cea mai înaltă rată de mortalitate (56%) este caracteristică pacienților cu patologii oncologice, de vârstă înaintată, internați tardiv, imuno-compromiși, care s-au prezentat cu o evoluție persistentă a peritonitelor infecțioase.

Bibliografie.

1. Anastasiu M., Șurlin V., Beuran M. *The management of the open abdomen - A literature review*. Chirurgia (Bucur). 2021;116(6):645-656.
2. Clements T. W., 2021, Tolonen M, Ball CG, Kirkpatrick AW. *Secondary Peritonitis and Intra-Abdominal Sepsis: An Increasingly Global Disease in Search of Better Systemic Therapies*. Scand J Surg. 2021;110(2):139-149.
3. De Simone B, Sartelli M, Coccolini F, etc. *Intraoperative surgical site infection control and prevention: a position paper and future addendum to WSES intra-abdominal infections guidelines*. World J Emerg Surg. 2020, 10;15(1):10.
4. Ghosh PS, Mukherjee R, Sarkar S, Halder SK, Dhar D. *Epidemiology of Secondary Peritonitis: Analysis of 545 Cases*. Int J Sci Stud 2016;3(12):83-88.
5. Ordoñez CA, et.al. *Damage Control Surgery may be a Safe Option for Severe Non-Trauma Peritonitis Management: Proposal of a New Decision-Making Algorithm*. World J Surg. 2021;45(4):1043-1052.
6. Sartelli M., Viale P., Koike K., Pea F., Fabio Tumietto F. et al. Conferința de consens WSES: Guidelines for first-line management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg 2011; 6: 2.
7. Špička P., Chudáček J., Řezáč T., Starý L., Horáček R., Klos D. *Prognostic Significance of Simple Scoring Systems in the Prediction of Diffuse Peritonitis Morbidity and Mortality*. Life (Basel), 2022;12(4):487.
8. Weber DG, Bendinelli C, Balogh ZJ. *Damage control surgery for abdominal emergencies*. Br J Surg. 2014, 101(1): e109-18.
9. Анисимов А.Ю., др. Диагностическая и лечебная тактика у больных с распространенным перитонитом. Журнал „Практическая медицина”, 2007; 2 (21):35-43.
10. Гельфанд Б.Р., et all. Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские национальные рекомендации. М. 2018: 168 с.
11. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция. Национальные рекомендации. Москва; «Боргес. 2011: 98 с.