

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СЕПСИСА

Сатвалдиева Э.А., Ашурова Г.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный научный детский медицинский центр. Ташкент, Узбекистан

Результаты последних исследований свидетельствуют, что информационная значимость критериев синдрома системной воспалительной реакции (СВР) является низкой. СВР-критерии (лейкоциты крови, температура тела, ЧСС и ЧД) в определенной степени отражают развитие воспаления, привлекают внимание к ответной реакции макроорганизма, но не указывают на его природу, жизнеугрожаемость ситуации [Vincent J.L., 2012; Руднов В. А., 2015]. Согласно новой дефиниции, сепсис – это жизнеугрожаемая острая органная дисфункция, возникающая в результате нарушения регуляции ответа макроорганизма на инфекцию, что проявляется повреждением собственных тканей и органов.

Цель исследования: оптимизация диагностики и схем патогенетической терапии хирургического сепсиса на основе оценки биологических особенностей инфекта.

Материал и методы исследования Исследование проспективное, нерандомизированное, типа случай-контроль. Срок исследования – 2019-2022 гг. За данный период госпитализировано в ОРИТ 47 детей с хирургическим сепсисом (распространенный перитонит, межкишечный абсцесс, уретерогидронефроз, раневая инфекция, острый гематогенный остеомиелит). Из них ИВЛ длительностью более 48 часов осуществлялась 19 пациентам. НПивл выявлена у 17 из них. Респираторная поддержка осуществлялась на вентиляторах «SAVINA» и «SULLA». Средний возраст больных – 4,5±0,7 лет. Микробиологический мониторинг с определением чувствительности микроорганизма к антибиотикам проводился до, на этапах и после лечения (мокрота, моча, рана, альвеолярный аспират, кровь, содержимое из дренажей).

Результаты исследования. Учитывали объективные показатели органной дисфункции (100% случаев). Лабораторные признаки полиорганной недостаточности: гипоксия, гиперкарбия, ацидоз, изменение кривой сатурации кислорода и ЦВД, гипербилирубинемия, гипертрансфераземия, гипергликемия, гипогликемия, гиперазотемия. В оценке СВР у детей ведущими являются лабораторные показатели: лейкоцитоз $> 15 \times 10^9/\text{л}$, лейкопения $< 5 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез $> 6 \times 10^9/\text{л}$, нейтропения $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$, юные формы нейтрофилов $> 1,5 \times 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость нейтрофилов, нейтрофильный индекс $> 0,2$, уровень СР-белка $> 6 \text{ мг/л}$, уровень прокальцитонина $> 2 \text{ нг/мл}$, уровень интерлейкина -8 $> 100 \text{ пг/мл}$

Анализ результатов исследования показал, что из дренажей высевалась в 57% случаях *Kl.Pneumonia*, в 49% *P. aeruginosa*, в 27% *St.Aureus*. Из альвеолярного аспирата - *Kl.Pneumonia* -51%, *P. Aeruginosa* -45%, *St.Aureus* - 32%, *Pneumococcus* -17%. В целом, при суммировании полученных результатов из других биологических сред больного, представители Гр- флоры (*Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas*, *Kl.Pneumonia*) явились основными возбудителями сепсиса в 47% случаев, Гр+ (*S. aureus*,

Enterococcus, *Pneumococcus*) – в 29%, полимикробной – в 21%. При Гр- сепсисе применяли дезэскалационный режим АБТ защищенными ЦФ 3-4 поколения в комбинации с АГ 3 поколения, далее при необходимости и по данным микробиологического мониторинга шла смена курсов АБТ на КБ, ФХ. При Гр-позитивном сепсисе, акцент делали на применение Линезолидов и Гликопептидов. При наличии метициллинрезистентного *S. Aureus* (MRSA), коагулазонегативного стафилококка использовали гликопептиды (ванкомицин, тейкопланин), а в случае ванкомицинрезистентных штаммов – линезолид. По показаниям в схему АБТ включали противогрибковые препараты не более 5 дней. Длительность АБТ составила 7-10 дней. Всем пациентам с сепсисом проводилась посиндромная терапия:

1. Протективная стратегия ИВЛ с небольшим ДО (4-6 мл/кг) при ОРДС (1С); аналгоседация в виде непрерывной инфузии с ежедневными перерывами без релаксантов (1В).

2. ИТ - кристаллоиды (0,9% раствор натрия хлорида, лактат-раствор Рингера), а также коллоиды до достижения среднего артериального давления $\geq 60 \text{ мм рт. ст.}$, ЦВД 8 мм рт. ст., уровня насыщения кислородом крови из центральной вены (ScvO_2) $\geq 70\%$ (1В).

3. При жидкостно-рефрактерном шоке применяли вазопрессоры – допамин, норадреналин в качестве инотропной терапии (1С).

4. Назначение антибиотиков широкого спектра действия в пределах 1-3 ч после постановки диагноза СШ (1В) и тяжелого сепсиса без СШ (1Д); пересмотр схемы антибиотикотерапии после получения результатов микробиологического анализа и оценки клинических данных с целью сужения антибактериального спектра до адекватного (1С) (принцип дезэскалации).

5. Стероиды при рефрактерном шоке к инфузионной и вазопрессорной терапии (2С).

6. Поддержание уровня глюкозы в крови $< 8 \text{ ммоль/л}$ после начальной стабилизации (2С).

7. Профилактика стрессорных язв и кровотечения из верхних отделов ЖКТ путем применения H_2 -блокаторов (1А).

8. Адекватное лечебное питание ПЭП, с ранним переходом на энтеральное.

Заключение. Эффективность комплексной интенсивной терапии составила 85,1%. В 14,9% случаях наблюдалась летальность детей раннего возраста на фоне неоднократных хирургических вмешательств в связи с развитием рефрактерного септического шока. Ранняя диагностика и комплексная терапия сепсиса у детей позволяет существенно улучшить как ближайший, так и отдаленный прогнозы в этой категории больных.