А. А. Жук, Е. И. Скрынник

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕПСИСА

Научный руководитель: к.м.н., доцент Соловей Н. В.
Кафедра инфекционных болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A. A. Zhuk, E. I. Skrynnik

FEATURES OF EPIDEMIOLOGY, CLINIC, DIAGNOSTICS AND INTENSIVE THERAPY OF SEPSIS

Tutor: associate professor Solovey N. V.
Department of infectious diseases
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе представлены результаты анализа особенностей эпидемиологии, клиники, диагностики и интенсивной терапии сепсиса в двух клиниках г. Минска.

Ключевые слова: внебольничный сепсис, антибиотикотерапия, септический шок.

Resume. In work results of the analysis of features of epidemiology, clinic, diagnostics and intensive therapy of sepsis in two clinics of Minsk are presented

Keywords: extrahospital sepsis, antibiotics, septic shock.

Актуальность. Сепсис – жизнеугрожающее нарушение функции органов, развивающееся вследствие дизрегуляторного ответа макроорганизма на инфекцию [1].

Летальность от сепсиса и септического шока по данным различных исследований варьирует от 20 до 40 %, выжившие часто нуждаются в длительных госпитализациях, подвергаются многочисленным лечебно-диагностическим манипуляциям, имеют резидуальные последствия [2].

Увеличением удельного веса в структуре возбудителей сепсиса полирезистентных микроорганизмов сопровождается высоким риском неэффективной стартовой антимикробной терапии и, как следствие, пролонгацией госпитализации, повышенной летальностью, серьезными экономическими потерями [3]. В литературе немногочисленны публикации исследований, посвященных изучению эпидемиологии сепсиса в РБ.

Цель: изучить эпидемиологические и клинические особенности течения сепсиса, а также провести комплексный анализ диагностических и терапевтических мероприятий, реализуемый у данной группы пациентов.

Задачи:

1. Изучить наиболее значимые особенности течения септического процесса.
2. Изучить алгоритмы диагностики и лечения данной группы пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 51 медицинской карты пациентов с диагнозами «Сепсис», «Септический шок», находившихся на лечении в УЗ «10-я городская клиническая больница» и УЗ «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска в 2016-2018 годы (рисунок 1). Оценка тяжести пациентов выполнялась по шкале SOFA и шкале коморбидности Чарльсона.

Репозиторий БГМУ

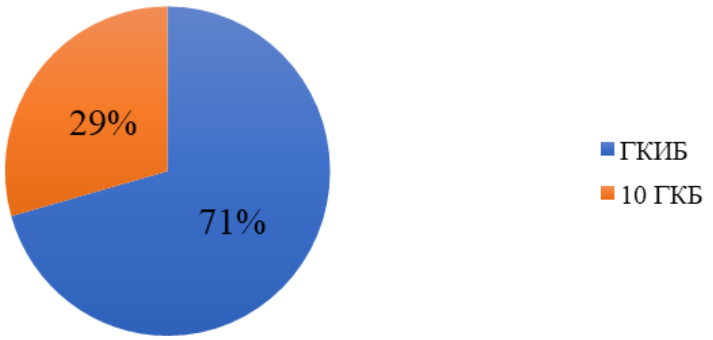

Рис. 1 – Структура распределения пациентов по стационарам г. Минска

Использовались методы описательной статистики. Обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. За изучаемый период частота внебольничного сепсиса составила 96,1%. Средний возраст пациентов – 53,78±19,98 лет (таблица 1).

Табл. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту

Мужчины, n(%)	36 (70,6%)
Женщины, n(%)	15 (29,4%)
Возраст, M [25-75 процентили]	52,0 года [40,0-66,0]
Минимальный возраст	18 лет
Максимальный возраст	90 лет

Средний балл по шкале SOFA равен 1,03; балл по шкале коморбидности Чарльсона – 3,09 (таблица 2).

Табл. 2. Характеристика по основным проявлениям заболевания

Медиана баллов по шкале коморбидности Чарльсона , M [25-75 процентили]	3,0 [1,0-4,0]
Медиана баллов по шкале SOFA , M [25-75 процентили]	1,0 [0-3,0]
Медиана баллов по критериям ССВО, M [25-75 процентили]	2 [1-3]

У 12 (23,5%) человек диагностирован тяжелый сепсис, у 10 (19,6%) пациентов – септический шок. Среднее число койко-дней в стационаре – 17,0, среднее число койко-дней в ОРИТ – 7,5 дней. Общий процент летальности составил 23,5% (таблица 3, рисунок 2).

Табл. 3. Длительность госпитализации в зависимости от тяжести заболевания

Длительность госпитализации, M [25-75 процентили]	17,0 дней [13,0-25,0 дней]

Репозиторий БГМ

Кол-во пациентов в ОРИТ, n(%)	22 (43,1%)
Кол-во дней в ОРИТ, M [25-75 процентили]	7,5 дней [4,0-15,3 дня]
Длительность госпитализации у пациентов ОРИТ, M [25-75 процентили]	19,0 дней [11,0-23,5 дня]

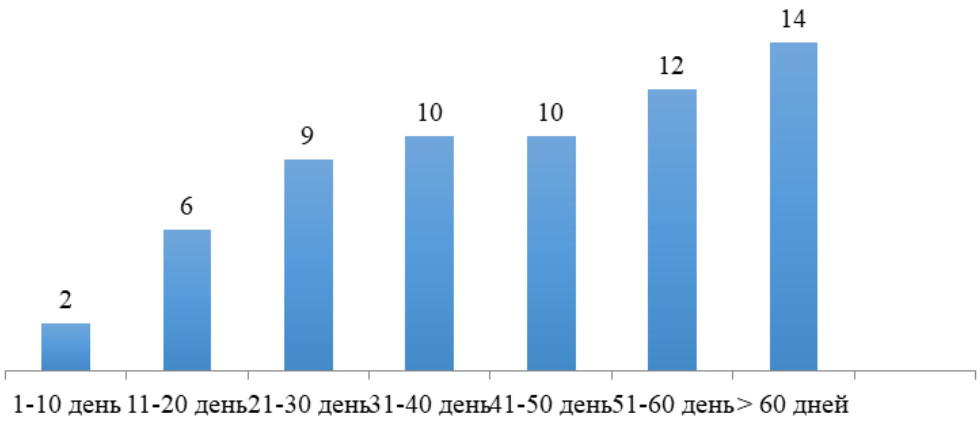

Рис. 2 – Кумулятивная летальность от сепсиса (в зависимости от длительности госпитализации пациента)

Из сопутствующей патологии чаще всего встречались хроническая болезнь почек (21%), онкологические заболевания (21%), цирроз печени (11%), сахарный диабет 2 типа (47%) (рисунок 3).

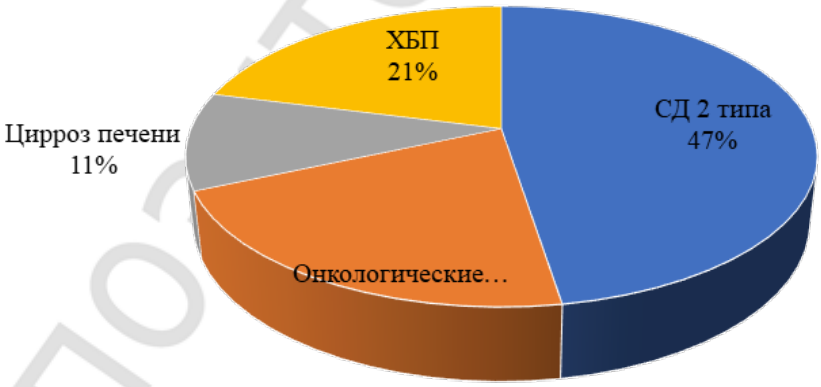

Рис. 3 – Сопутствующая патология у пациентов с сепсисом

В 27 (52,9%) случаях возбудитель инфекции выявлен бактериологическим методом, в 14 (27,5%) случаях идентификация проведения с помощью ПЦР-диагностики, в 10 (19,6%) случаях возбудитель не был определен (рисунок 4).

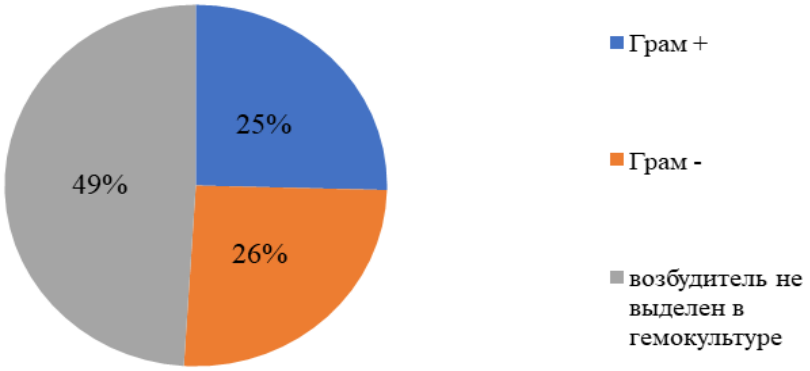

Рис. 4 – Возбудители сепсиса, выделенные при бактериологическом исследовании крови

Выводы:

1 Среди пациентов, диагностированных с сепсисом, превалируют лица с внебольничным происхождением данного состояния, имеющие сопутствующую патологию

2 В 49% случаев возбудитель не был выделен из гемокультуры, что говорит об ограниченной чувствительности метода бактериологического посева крови у пациентов с клиническими проявлениями сепсиса.

3 Летальность от сепсиса и септического шока достигает 23,5%, что требует дальнейшего совершенствования стратегий диагностики и лечения данного состояния

Литература

1. Инфекционные болезни : учеб. для мед. вузов / под. ред. чл.-кор. РАМН, проф. Ю. В. Лобзина. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 543 с.

2. Иванов, Д. В. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, этиология, антибактериальная терапия и профилактика [Текст]* / Д. В. Иванов // Антибиотики и химиотерапия. 2005. – № 12. – С. 19–28.

3. Карпов, И. А. Сепсис : диагностика и подходы к антибактериальной и поддерживающей терапии: учеб.-метод. пособие / И. А. Карпов; БГМУ, каф. инфекц. бол. – Минск, 2014. – 46 с.

Репозиторий БГМ