

Дедюшко А.Г.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛЫМИ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ ПРИ ИХ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К СТАНДАРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Научный руководитель: ассист. Панов В. Г.

Кафедра военно-полевой терапии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Летальность у госпитализированных пациентов с тяжелыми формами вне госпитальных пневмоний (ВП) в настоящее время остаётся очень высокой и колеблется от 14 до 40% и более и возрастает среди больных старше 60 лет, а так же у пациентов с вирусными поражениями. Но до настоящего времени применение иммунотерапии пациентов тяжёлыми ВП препаратами лечебных иммуноглобулинов не допускается как российскими, так и отечественными стандартами (протоколами).

Цель: оценить эффективность иммуноглобулинотерапии лечебными иммуноглобулинами по предотвращению летальности у пациентов тяжёлыми ВП при различной этиологии с резистентностью на стандартное лечение.

Материалы и методы. Изучено 29 историй болезни больных наиболее тяжёлыми внегоспитальными пневмониями в возрасте от 20 до 80 лет, проходивших лечение в отделении интенсивной терапии 432 ГКВМЦ в период с 2014 по 2019 год. Пациентам для лечения тяжёлой *Stafilococcus aureus* пневмонии назначали антистафилококковый иммуноглобулин внутримышечно 5 МЕ на 1 кг веса 1 раз в сутки, курс – 5 суток. Пациентам для лечения тяжёлой пневмонии *Streptococcus pneumonia* назначали Биовен - моно внутривенно 6 мл на 1 кг веса, 1 раз в сутки, курс – 5 суток. Пациентам для лечения тяжёлой пневмонии *Pseudomonas aeruginosa* назначали Октагам внутривенно 25 гр 1 раз в сутки, курс – 5 суток. Пациентам для лечения тяжёлой пневмонии *Klebsiella pneumonia* назначали иммуноглобулин человека нормальный для внутримышечного применения в дозе 0,5 мл на 1 кг веса за 5 суток. Статистическая обработка материала осуществлялась вычислением средних значений, средних квадратических отклонений, проводилось определение критерия Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводили по ранговому методу Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Все 29 изучаемые истории болезни пациентов были разделены на 2 группы: 1-я группа – умершие (6 пациентов); 2-я группа – выжившие (23 пациента). У больных 1-й группы нами выделены показатели резистентности к проводимому лечению по стандарту и показатели прогнозной летальности. При обнаружении этих показателей пациентам 2-й группы на фоне продолжающейся стандартной терапии (протокол) включали не рекомендуемую этими стандартами (протоколами) иммунотерапию (терапия отчаяния). В результате применения иммунотерапии у пациентов 2-й группы летальных исходов не было. Этиология (наши/литературные показатели): *Stafilococcus aureus* 10 случаев - 34,48/34,6%; *Streptococcus pneumoniae* 7 случаев - 24,13 /42,3%; *Klebsiella pneumoniae* 4 случая - 10,34/38,4%; *Pseudomonas aeruginosa* 2 случая - 6,9/нет данных. Летальных исходов за изученный период из этих 29 больных с резистентностью к стандартному лечению было 6 случаев (20,6%). Все умершие были старше 60 лет. От пневмонии *Stafilococcus aureus* 3 летальных исхода; от пневмонии *Streptococcus pneumonia* 2 летальных исхода; от пневмонии *Pseudomonas aeruginosa* 1 случай. Коэффициент корреляции ранговым методом Спирмена по признаку иммуноглобулинотерапия/отсутствие летальности прямой и сильный ($r \geq 0,9$), по признаку отсутствие иммуноглобулинотерапии /летальность обратный и сильный ($r \geq 0,7$).

Выводы. 1) У больных тяжёлыми ВП для недопущения летального исхода необходимо своевременно определять критерии резистентности к проводимому стандартному лечению и показатели прогнозной неминуемой летальности. 2) При выявлении критериев резистентности и неминуемой летальности необходимо включать в комплекс лечения соответствующую этиологии заболевания иммуноглобулинотерапию.