

УДК 616.94

*Юлдашев З.Н., Шевкедов Л.Ш.,*

*Турсунов Э.И. Ходжалиев Б..Г.*

*Андижанский филиал Республиканского научного центра скорой  
медицинской помощи*

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ  
ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ  
СЕПСИСОМ, В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Резюме:** В клинической практике при лечении больных с внебольничной пневмонией врач должен решать сложные вопросы, связанные с первичным или вторичным (септическим) характером пневмонии, при определении тактики лечения.

В связи с этим наличие четких диагностических критериев сепсиса, пневмонического сепсиса, септического шока у больных с этим типом пневмонии имеет важное значение, так как во многом определяет тактику ведения больного.

В данной статье, опираясь на современные российские и зарубежные рекомендации, собственный клинический опыт, мы постарались осветить особенности тактики диагностики и ведения данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** больничная внешняя пневмония, отделение интенсивной терапии, клиническая практика, интенсивная терапия.

*Yuldashev Z.N., Shevkedov L.Sh .,*

*Tursunov E.I. Khojaliev B. G.,*

*Andijan branch of the Republican Scientific Center of Emergency*

*Medical Care*

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ANTIBACTERIAL  
THERAPY FOR PATIENTS WITH PNEUMONIA COMPLICATED BY  
SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT**

**Resume;** In clinical practice, when treating patients with community-acquired pneumonia, a doctor must solve complex issues related to the primary or secondary (septic) nature of pneumonia when determining treatment tactics.

In this regard, the presence of clear diagnostic criteria for sepsis, pneumonic sepsis, septic shock in patients with this type of pneumonia is important, since it largely determines the tactics of patient management.

In this article, based on modern Russian and foreign recommendations, our own clinical experience, we have tried to highlight the features of the tactics of diagnosis and management of this category of patients.

**Keywords:** hospital external pneumonia, intensive care unit, clinical practice, intensive care.

**Введение.** Не смотря на очевидные достижения современной медицины, внебольничная пневмония (ВП) занимает первое место среди заболеваний инфекционной природы во всех развитых странах и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней[2].

По данным многоцентровых европейских исследований смертность от пневмонии в ОРИТ колеблется от 22 до 54%. В 2003 году в США на долю пневмонии приходилось 47,7% среди всех причин смерти при болезнях органов дыхания[5]. В отечественной литературе отсутствуют сведения касательно эпидемиологии тяжёлой пневмонии, существующих показаний для госпитализации в ОРИТ, а также соответствии используемой лечебной тактики современным рекомендательным протоколам интенсивной терапии. К сожалению, нет данных по мониторингу результатов лечения пациентов с внебольничной пневмонией в отделениях реанимации в крупных городах и регионах страны[1]. Главными причинами летальности ВП являются сепсис и септический шок[4].

Имеются основания предположить, что определённый вклад в неудовлетворительные результаты лечения больных с ВП помимо

исходной тяжести состояния, связанной с поздним обращением играют роль и несвоевременная госпитализация в ОРИТ и невыполнение современного протокола интенсивной терапии[7].

Существенной проблемой для реаниматолога при работе с критериями тяжёлой пневмонии состоит в том, что с этих позиций нельзя подойти к реализации на практике современных консенсусных рекомендательных протоколов интенсивной терапии сепсиса, в основе которых лежит стратификация больных по наличию системной воспалительной реакции, структуре и тяжести органной дисфункции[6].

**Цель исследования.** Разработка оптимальных подходов к интенсивной терапии и улучшение результатов с помощью антибактериальным препаратом (АБТ) больным с внебольничной пневмонией, осложнённой сепсисом и септическим шоком.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты обследования 50 больных с осложненной формой пневмонии в возрасте от 18 месяца до 60 лет, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной терапии клинике АГМИ.

**Результаты исследования.** В отделениях реанимации отсутствуют единые согласованные критерии для госпитализации больных с внебольничной пневмонией. Главным недостатком оказания помощи в РАО является ранний перевод больных в профильные отделения и более высокая частота повторных госпитализаций, однако, результаты интенсивной терапии септического шока здесь существенно лучше, чем в ОИТ.

На основании проведенного ROC-анализа выявлена сравнимая информационная значимость специализированных шкал оценки тяжести внебольничной пневмонии, осложнённой сепсисом в определении популяционного прогноза. Предпочтение должно быть отдано шкалам

CURB-65/CRB-65, имеющим наименьшее число параметров и более доступных для клинической практики.

Использование базовых составляющих Протокола SSC/PACXI для ведения больных с пневмониогенным сепсисом позволяет добиться снижения абсолютного риска смерти на 38,1%. Среди компонентов интенсивной терапии наряду со своевременной респираторной поддержкой наиболее значимым является адекватный выбор схемы АБТ - ОР=0,3(0,2 - 0,46) и её начало в течение первого часа после постановки диагноза - ОР=0,46 (0,25 - 0,87).

Включение в комплекс интенсивной терапии активированного протеина С в первые сутки развития синдрома ПОН не влияет на показатели летальности в общей группе пациентов с тяжелым пневмониогенным сепсисом, но даёт возможность сократить время сосудистой поддержки при септическом шоке.

Повышение приверженности врачей к соблюдению рекомендательных положений протокола SSC/ PACXI позволяет снизить суммарную летальность больных с внебольничной пневмонией, осложнённой сепсисом и шоком.

**Вывод.** Таким образом, изменившиеся представления по сепсису все же далеко не всегда позволяют тяжелую пневмонию отождествить с понятием сепсиса. Результаты проведенного нами анализа в целом согласуются с имеющимися данными современной литературы по лечению и летальности тяжелой пневмонии осложненной септическим течением.

Однако для повышения эффективности диагностики и лечения назрела необходимость унификации имеющихся методических рекомендаций и стандартных протоколов по ведению больных с тяжелой пневмонией. Диагностическое выделение групп больных с тяжелой пневмонией, пневмоническим сепсисом и септической пневмонией, по

нашему мнению, может улучшить дифференцированную лечебную тактику и повысить эффективность лечения этой тяжелой патологии.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Гельфанд Б.Р. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение: практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2017. 408 с.

2. Гумилевский Б.Ю., Иванов Ф.В. Обоснование формы и необходимости создания и ведения регистра сепсиса // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. № 2(70). С. 217-221.

3. Дмитриева Н.В., Петухова И.Н., Громова Е.Г. Сепсис: избранные вопросы диагностики и лечения. М.: ИД «АБВ-пресс», 2018. 416 с.

4. Иванов Ф.В., Завражнов А.А., Реутский И.А., Гумилевский Б.Ю., Котив Б.Н., Дзидзава И.И. Микробиология сепсиса в современном многопрофильном стационаре // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2022. № 5. С. 52-58.

5. Руднов В.А. Оценка тяжести состояния при сепсисе и септическом шоке // Анестезиология и реаниматология. 1995. № 6. С. 9-12.

6. Rhodes A. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med. 2017. V. 43(3). P. 304-377.

7. Tyurin I.N., Avdeikin S.N., Protsenko D.N., Cherpakov R.A., Mullakaeva G.M., Kozlov I.A. Epidemiology of Sepsis in Patients Admitted to the Intensive Care Unit of a Multi-Specialty Hospital (Experimental Study). General Reanimatology. 2019. V. 15. № 4. P. 42-57.