

КОНЦЕПЦИЯ СЕПСИС-3 В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ РОЖИ — ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В ПРАКТИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ?

THE CONCEPT OF SEPSIS-3 IN A GROUP OF PATIENTS WITH SEVERE ERYSIPELAS — WHAT HAS CHANGED IN PRACTICAL ASPECT?

**Y. Shapkin
I. Khaleev
N. Stekolnikov
I. Mukhaev**

Summary. A comparative analysis of diagnostic criteria for sepsis in different clinical concepts — ACCP / SCCM and “Sepsis-3” in patients with severe erysipelas is represented. It was shown, that in 53% of cases, the primary diagnosis based on the presence of signs of a systemic inflammatory reaction within the “Sepsis-3” concept is overdiagnosis of sepsis. However, 29% of patients in this group have had organ dysfunctions. Using the concept of a systemic inflammatory response as the most affordable way to assess the severity of a patient’s condition with a severe form of erysipelas retains its clinical relevance in the early stages of a patient’s admission as a method of identifying patients threatened by the development of organ failure.

Keywords: sepsis-3, systemic inflammatory reaction, erysipelas, SOFA scale organ dysfunction.

Шапкин Юрий Григорьевич

Д.м.н., ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»
Минздрава РФ
sharkinyurii@mail.ru

Халеев Иван Александрович

Ассистент, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»
Минздрава РФ
khaleev_64@mail.ru

Стекольников Николай Юрьевич

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава РФ
nymph2008@yandex.ru

Мухаев Илдар Ринатович

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского»
Минздрава РФ
ildarmukhaev@mail.ru

Аннотация. В статье проведен сравнительный анализ диагностических критериев сепсиса в разных клинических концепциях — ACCP/SCCM и «Sepsis-3» у больных тяжёлыми формами рожи. Показано что в 53% случаев при первичной диагностике на основе наличия признаков системной воспалительной реакции в рамках концепции «Sepsis-3» наблюдается гипердиагностика сепсиса. Однако в дальнейшем у 29% больных этой группы регистрируются органичные дисфункции. Использование концепции системной воспалительной реакции в качестве наиболее доступного способа оценки тяжести состояния больного тяжёлой формой рожи сохраняет клиническую актуальность в ранние сроки поступления больного, как метода выявления больных, угрожаемых по развитию органной недостаточности.

Ключевые слова: сепсис-3, системная воспалительная реакция, рожа, шкала SOFA, органная дисфункция.

Введение

Принятие и выполнение решений Согласительной конференции пульмонологов и специалистов по интенсивной терапии (ACCP/SCCM), состоявшейся в 1991 году в Чикаго, а затем на пленуме РАСХИ в Калуге (2004) привело к унификации терминологии и упрощению клинической диагностики сепсиса [1]. В этом различные формы рожи возможно рассматривать в качестве «идеальной» клинической модели инфекционного воспаления, сопровождающейся ярко выраженными симптомами как местного, так и систем-

ного воспаления [2]. Однако до настоящего времени предметом дискуссий, в первую очередь с морфологами, является отнесение тех или иных клинических признаков к проявлениям сепсиса, что в 2016 году привело к принятию концепции «Сепсис-3». В рамках принятой концепции сепсис рассматривается как развитие органной дисфункции с объективизацией тяжести состояния больного по критериальной шкале SOFA у больных с инфекционным воспалительным процессом [3]. Одним из основных моментов в принятии решения по изменению классификации тяжести сепсиса стала всеобщая проблема не разграничения понятий «сепсиса» и «тяже-

Таблица 1. Форма заболевания в группах

Форма заболевания	Абс, n	%
эритематозная	27	25,6
буллезная	64	59,4
буллёзно-некротическая	9	8,5
некротическая	7	6,5

Таблица 2. Проявления тяжести ССВР и органной дисфункции в зависимости от формы рожи

Форма заболевания	Распределение больных в зависимости от тяжести ССВР и органной дисфункции							
	тяжесть проявлений синдрома системной воспалительной реакции				органная дисфункция по шкале SOFA, (балл)			
	ССВР 1	ССВР 2–4 (сепсис)	тяжелый сепсис	септический шок	0–1	2–3	4–11	12 и более
эритематозная	7	13	-	-	15	5	-	-
буллезная	-	59	9	-	42	24	2	-
буллёзно-некротическая	-	8	1	3	2	3	4	3
некротическая	-	3	1	3		4		3

лого сепсиса». При этом необходимо отметить, что взгляды на патогенетические механизмы сепсиса и синдрома системной воспалительной реакции не изменились, произошла лишь их систематизация в рамках обработки многоцентровых данных. Проблема четко разделена на практическую и исследовательскую составляющие. В практическом аспекте, принятая ранее концепция с определенными трудностями, всё же, была внедрена в клиническую практику [4]. Изменения концепции «сепсис-3» в сложившихся медико-экономических условиях можно считать более приемлемыми, но и они в широкую повседневную практику только начали свое вхождение. Поэтому требуется проведение сравнительного анализа подходов к диагностике сепсиса с учетом локализации гнойно-воспалительного очага с оценкой трудностей использования в практической деятельности хирурга.

Целью данного исследования явилась ретроспективная оценка клинической значимости различных концепций в диагностике сепсиса у больных тяжёлыми формами рожи.

Материалы и методы

В основу исследования положен ретроспективный анализ течения тяжёлых форм рожи у 107 больных, находившихся на лечении в клинических базах кафедры общей хирургии Саратовского медицинского университета с 2007 года по 2018 годы. Сформированы критерии включения: распространенная рожа с локализацией на нижних конечностях, наличие при поступлении при-

знаков системной воспалительной реакции (ССВР) или органной дисфункции. Критериями исключения явилось отсутствие у больных проявлений ССВР и органной недостаточности. При этом необходимо отметить, что за исследуемый период больных, с установленным диагнозом «сепсис», не имевших проявлений ССВР нами не наблюдалось. Пациенты, вошедшие в исследуемые группы, были полностью сопоставимы по полу, возрасту и объему стандартной медикаментозной терапии.

Распределение больных по форме заболевания представлено в табл. 1

Из данных таблицы видно, что преобладающей формой течения заболевания является буллезная форма, которая в целом составила 59,4%, эритематозная рожа 25,6%, на некротические формы пришлось 15%.

Результаты исследования

Тяжесть проявлений ССВР и органной дисфункции представлены в табл. 2.

Сравнительный анализ подходов к диагностике сепсиса при использовании различных концепций в группе больных с некротическими формами рожи показывает отсутствие различий в частоте постановки диагноза «сепсис». Действительно, у данной категории больных как при оценке состояния с позиций ССВР, так и с использованием балльной оценки отмечается регистрируется высокая частота органических дисфункций, лежащая в основе как предыдущей, так и современной

Таблица 3. Критериальные показатели тяжести больных

Показатель органной дисфункции в динамике	Балл шкалы SOFA, количество больных, (n)
Билирубин, 20–32 (мкмоль/л)	1, (3)
Креатинин, 110–170 (мкмоль/л)	1, (26)
Оксигенация PaO ₂ / FiO ₂ , мм рт. ст. < 400	1, (1)
Тромбоциты < 150x10 ⁹ /л	1, (23)
Показатель по шкале ком Глазго 13–14	1, (1)

концепции сепсиса. Основные различия нами отмечены в группе больных с эритематозной и буллезной формами заболевания. Так с учетом яркой клинической картины бактериального воспалительного процесса и клинической концепции «Калужской согласительной конференции» больных тяжёлыми формами рожы превентивно выставлялся диагноз «сепсис» в 65% при эритематозной форме и в 87% наблюдений при буллезной формах заболевания, в 13% случаев имел место «тяжёлый сепсис» при буллезной роже.

Формальный ретроспективный анализ результатов показывает, что с учетом регистрации факта органной недостаточности только у 9 (13%) больных с буллезной рожей имелись основания для вынесения в диагноз формулировки «сепсис», у больных с эритематозной рожей формальных оснований для постановки диагноза «сепсис» не было. Однако балльная оценка органной дисфункции показала, что у 25% (5 больных) эритематозной формой заболевания постановка диагноза сепсис правомерна, у больных с буллезной формой у 38% (26 больных).

Таким образом, в 53% случаев (57 больных) имела место гипердиагностика сепсиса, в то время как у 31 больного имела место недооценка тяжести органной недостаточности и не был установлен диагноз «тяжёлый сепсис». Нами проведен ретроспективный анализ факторов, препятствовавших постановке диагноза «тяжёлый сепсис», постановка которого согласно международным клиническим рекомендациям по диагностике сепсиса и септического шока (2012) в своей основе имеет оценку клинко-лабораторных проявлений: артериальная гипоксемия (PaO₂/FiO₂<300); острая олигурия (темп диуреза < 0,5 мл/кг/час в течение не менее 2 часов, несмотря на адекватную регидратацию); повышение креатинина > 176 мкмоль/л; коагулопатия (МНО>1,5 или АЧТВ > 60 секунд); тромбоцитопения (<100*10⁹/л); парез кишечника (отсутствие перистальтики); гипербилирубинемия > 70 мкмоль/л. Действительно, указанные выше органные нарушения имеют место при крайне тяжёлом состоянии больных и имели место при некротических формах за-

болевания. Привязка тяжести состояния больного к динамической балльной оценке несколько меняла диагностические критерии сепсиса. Основные лабораторные показатели, позволившие ретроспективно диагностировать сепсис представлены в табл. 3.

При анализе данных, представленных в таблице, в первую очередь, обращает на себя внимание выявление у больных явлений почечной недостаточности и тромбоцитопении. В единичных наблюдениях выявляется нарастание печеночной, дыхательной и церебральной недостаточности. В данной ситуации необходимо отметить, что возраст больных в данной группе был старше 63 лет и все больные имели ту или иную соматическую патологию, которая на фоне инфекционного процесса привела к органной дисфункции. Однако ведущую роль, на наш взгляд, в манифестации органной (в первую очередь почечной) недостаточности играет наличие у 28 (90,3%) больных сахарного диабета. Относительная компенсация выделительной функции почек на фоне тяжёлого системного воспаления в конечном итоге привела к лабораторно-подтверждённым явлениям почечной недостаточности. Развитие тромбоцитопении связано с особенностями локальных проявлений стрептококковой инфекции.

Обсуждение

Сравнительный ретроспективный анализ различных подходов к диагностике сепсиса у больных с тяжёлыми формами рожы показал, что при диагностике сепсиса с позиций системной воспалительной реакции у больных рожей имеет место в 53% гипердиагностика сепсиса. В то же время, в 29% случаев органная недостаточность не регистрируется при манифестации местных проявлений заболевания, но прогрессивно нарастает в динамике. Среди ведущих клинко-лабораторных симптомов органной недостаточности можно выделить азотемию и тромбоцитопению. При этом основными причинами прогрессирования данной патологии становятся сахарный диабет и особенности течения стрептококковой инфекции.

ВЫВОДЫ

Динамическая оценка органной дисфункции по шкале SOFA у больных тяжёлыми формами рожы является эффективным инструментом своевременной диагностики сепсиса. Однако в качестве наиболее доступного способа оценки тяжести состояния больного тяжёлой

формой рожы концепция системной воспалительной реакции также может быть использована. Её применение у данной категории больных наиболее актуально в первые минуты поступления пациентов и позволит заблаговременно выделять группу больных, угрожаемых по сепсису, своевременно определять объём лечебно-диагностических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сепсис в начале XXI в. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: Практическое руководство. — М.: Издательство НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2004. — 130 с.
2. Гостищев В. К., Липатов К. В., Комарова Е. А. Стрептококковая инфекция в хирургии Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2015. — № 12. — С. — 14–17.
3. Patterns of organe dysfunction in severe sepsis and septic shock patients admitted to the ICU from the emergency department: a 4-year retrospective cohort A.F. / Sakai, L. L. Rocha, M. S. Pessoa, T. D. Correa et al. // Crit. Care. — 2015. -Vol. 19. -P. 78.
4. The Third International Consensus definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) / M. Singer, C. S., Deuschman, C. W. Seymour et al. // JAMA. — 2016. — Vol. 315, № 8. — P. 801–810.

© Мухаев Илдар Ринатович (ildarmuchaev@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского