

# ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

**А. М. Карсанов**, к.м.н., врач-онколог НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД», г. Владикавказ; **Т. К. Карсанова**, заслуженный врач РСО — Алания, директор НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД», г. Владикавказ; **С. С. Маскин**, д.м.н., зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» МЗ РФ, г. Волгоград; **А. Н. Адырхаев**, врач-гинеколог НУЗ «Узловая больница на ст. Владикавказ ОАО «РЖД», г. Владикавказ

Сепсис является реальной, пока не решенной проблемой общественного здравоохранения, и это положение сохраняется в продолжение всего периода его изучения [1]. Количество методов, применявшихся для его лечения, огромно, что отчасти объяснимо гетерогенной природой септического процесса.

Разработка протоколов и формуляров для учета и лечения больных с сепсисом была бы невозможной без унификации терминологии, классификации, принципов диагностики. В этой связи следует признать, что положительные результаты в лечении были достигнуты только после того, как были приняты согласованные определения сепсиса, тяжелого сепсиса (ТС) и септического шока (СШ) [2]. Это позволило различным исследователям говорить на одном языке, используя одни и те же понятия и термины.

Вторым важнейшим фактором стало внедрение принципов доказательной медицины в клиническую практику. В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения в клинических исследованиях, что является основой для поиска оптимальной тактики лечения конкретного больного [3]. Всеобщие согласованные дефиниции генерализованной инфекции и принципы доказательной медицины позволили впервые разработать научно обоснованные рекомендации по лечению сепсиса.

Для отечественного медицинского сообщества проблема лечения сепсиса усугубляется еще и тем, что в России практически отсутствуют доказательные исследования по диагностике и лечению ТС и СШ как у взрослых, так и у детей.

В данной обзорной статье нам остается только лишь критически воспринять междисциплинарный опыт экспертов более чем 30 ассоциаций, объединившихся в движение «Переживем сепсис» (*Surviving Sepsis Campaign, SSC*), третья редакция рекомендаций которого была принята в 2012 году (SSC-2012) [1].

Раннее начало лечения и применение методик с доказанной эффективностью улучшают результаты лечения больных с сепсисом, поскольку существует нарастающий риск смерти пациентов как отражение перехода от сепсиса к ТС и СШ, ввиду чего ТС представляется прогностическим порогом, разделяющим стабильные и критические клинические ситуации [4]. При отсутствии адекватного лечения ТС органная дисфункция может привести к глобальной тканевой гипоксии, прямой альтерации тканей и, в конечном итоге, к полиорганной недостаточности.

Для начала следует подчеркнуть, что в редакцию SSC-2012 были внесены принципиально новые терапевтические подходы:

- *предотвращение нозокомиального инфицирования;*
- *вазопрессорная терапия;*
- *отказ от внутривенного применения иммуноглобулинов;*
- *отказ от применения активированного протеина С;*
- *отказ от использования препаратов селена;*
- *показания к бикарбонатной терапии.*

Рекомендации SSC-2012 содержат 23 основных направления в диагностике и лечении ТС и СШ, тогда как в SSC-2008 их было 17. О чрезвычайной сложности возложенных на рекомендации SSC-2012 задач можно судить хотя бы по тому, что положения неопределенного уровня (НУ) доказательности присутствуют в 7 из 23 направлений интенсивной терапии ТС, что означает, что данный подход не поддержан большинством экспертов.

Использованные в SSC-2012 степени рекомендаций следует понимать следующим образом: А — высокая, В — умеренная, С — низкая, D — очень низкая.

Дополнительно определено весовое значение рекомендаций: 1 — сильная рекомендация, 2 — слабая (возможная для использования) рекомендация.

Экспертами SSC-2012 акцентированно выделяются два лечебных этапа: инициальный (первые 6 часов), укладываемый в рамки стратегии ранней целенаправленной терапии, и последующий, в том числе адъювантная терапия.

Стратегия ранней целенаправленной терапии в отделении реанимации и интенсивной терапии снижает госпитальную летальность пациентов, поступающих в состоянии ТС и СШ [5]. Адекватность инициального этапа определяется достижением целевых параметров гемодинамики и кислородного статуса, хирургическим контролем над очагом инфекции и выбором оптимального режима антибактериальной терапии (АБТ). В качестве инициальной ресусцитации декларируется необходимость количественного возмещения жидкости (30 мл/кг) в первые 6 часов с момента поступления пациента с сепсис-индуцированной гипотензией или шоком (уровень рекомендации — 1С). Пациенты с ТС или СШ нуждаются в ранней гемодинамической поддержке, динамическом мониторинге нарушенных витальных функций и антимикробной терапии. Раннее хирургическое устранение источника и соблюдение современных научно обоснованных принципов терапии при лечении ТС и СШ достоверно улучшают результаты лечения больных.