

чувствительность, специфичность, ожидаемую ценность положительного и отрицательного результата и дискриминационную способность 6 из наиболее часто используемых в педиатрической практике шкал ОТС (см. таблицу).

По нашим данным, максимальной информационной ценностью при сепсисе у детей обладает шкала PRISM. Явных преимуществ PRISM III перед PRISM мы не выявили, по крайней мере при сепсисе.

С нашей точки зрения, клиницистов необходимо ориентировать на постановку диагноза «сепсис» у ребенка при наличии подтвержденного инфекционно-воспалительного очага, присутствии

3 и более симптомов ССВО и/или органной дисфункции. Диагностику сепсиса у ребенка с инфекционным заболеванием мы считаем своевременной при выявлении в течение суток интенсивной терапии сохраняющихся 3 и более симптомов ССВО и ОТС по шкале PRISM, соответствующей ожидаемой летальности $\geq 1\%$ (для условий нашей клиники $4,16 \pm 0,31$ балла или $R \geq 4,79$). Диагностирование сепсиса только при выявлении синдромов мультиорганной дисфункции мы считаем запоздалым. Между двумя этими группами больных имелась достоверная разница в уровне 28-дневной выживаемости (97,4% и 68,7%) и длительности лечения в ОРИТ ($4,9 \pm 0,53$ суток и $8,7 \pm 1,34$ суток).

ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации по классификации, диагностике, профилактике и лечению сепсиса. Декларация конференции «Сепсис в современной медицине» Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов. — М., 2001.
2. Abraham E., M. A. Matthay, C. A. Dinarello et al. // Crit. Care Med. — 2000. — Vol. 28. — P. 232—235.
3. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference Committee: American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference. Definition for sepsis and multiple organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. // Crit. Care Med. — 1992. — Vol. 20. — P. 864—874.
4. Bertoloni G., Ripamonti D., Cottaneo A., Apolone G. // Crit. Care Med. — 1998. — Vol. 26. — P. 1427—1432.
5. Castellanos A., Delgado M., Fuentes M. G. et al. // Inten. Care Med. — 1997. — Vol. 23. — Suppl. — P. 64.
6. Dobb J.L. // Inten. Care Med. — 1991. — Vol. 8. — P. 151—159.
7. Doughty L.A., Kaplan S.S., Carcillo J.A. // Crit. Care Med. — 1996. — Vol. 24. — P. 1137—1143.
8. Goitein K.I., Rein I.I., Gernstein A. // Inten. Care Med. — Vol. 11. — P. 20—31.
9. Hanley I. A., McNeil B. I. // Radiology. — 1982. — Vol. 43. — P. 29—36.
10. Jafari H. S., McCracken G. H. Jr. // Pediatr. Infect. Dis. J. — 1992. — Vol. 11. — P. 739—749.
11. Knaus W. A., Draper E. A., Wagner D. R. et al. // Crit. Care Med. — 1985. — Vol. 13. — P. 818—829.
12. Martinot A. A., Leteurtre S. // Ann. Pediatr. (Paris). — 1999. — Vol. 46. — P. 230—238.
13. Parker M. M. // New Horiz. Sci. and Pract. Acute Med. — 1998. — Vol. 6. — P. 130—138.
14. Pollack M. M., Ruttmann U. E., Getson P. R. // Crit. Care Med. — 1988. — Vol. 16. — P. 1110—1116.
15. Pollack M. M., Patel K. M., Ruttmann U. E. // Crit. Care Med. — 1996. — Vol. 24. — P. 743—752.
16. Proulx F., Fayon M., Farrell C. A. et al. //Chest. — 1996. — Vol. 109. — P. 1033—1037.
17. Reeves J. H., Butt W. W., Shann F. et al. //Crit. Care Med. — 1999. — Vol. 27. — P. 2096—2114.
18. Ruttmann U. E., Pollack M. M. // Crit. Care Med. — 1991. — Vol. 19. — P. 474—482.
19. Saez-Lorens X., Vargas S., Guerra F., Coronado I. //Pediatr. Infect. Dis. — 1995. — Vol. 14. — P. 557—561.
20. Vincent J. L., Moreno R. Takala J. et al. // Crit. Care Med. — 1996. — Vol. 24. — P. 707—710.
21. Wilkinson J. D., Pollack M. M., Glass N. L. et al. // J. of Pediatr. — 1987. — Vol. 111. — P. 324—328.

© Коллектив авторов, 2002

Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардирова, Ю.С. Акоев

КОММЕНТАРИИ К СТАТЬЕ ПРОФЕССОРА САМСЫГИНОЙ Г.А. «ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА В ПЕДИАТРИИ»

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

В объемной статье затронут широкий круг вопросов, начиная с истории развития представлений о сепсисе и кончая современными данными по иммунологии системных воспалительных реакций. С большинством положений автора можно согласиться. Прежде всего это относится к вопро-

сам этиологии и патогенеза сепсиса новорожденных — к собственно сепсису следует относить процессы, вызванные бактериальными возбудителями. Вместе с тем необходимо упомянуть о возможном сочетании специфических внутриутробных инфекций (например, ЦМВ, хламидиоз) и бактериального

сепсиса, поскольку указанные инфекции резко снижают иммунитет ребенка. Желательно также указать на провоцирующую роль постнатальных респираторных инфекций в развитии генерализованного бактериального процесса (сепсиса), особенно значимую у недоношенных детей.

Полностью разделяем позицию автора по поводу нецелесообразности терминов (понятий) «синдром сепсиса». Это создаст терминологическую путаницу; кроме того, сепсис новорожденных может иметь только тяжелое течение, так как это по определению — тяжелое заболевание.

Септический шок следует рассматривать как крайне тяжелую форму сепсиса с резко выраженным сосудистыми реакциями (глубокие расстройства микроциркуляции).

Положение статьи о «вероятном диагнозе» сепсиса, влекущем за собой назначение лечения до верификации диагноза, соответствует используемому в нашей клинике так называемому «угрозометрическому» подходу (вероятному прогнозированию) при постановке диагноза «сепсис».

Недоношенный ребенок, имеющий указание в анамнезе на внутриутробное инфицирование, в сочетании с 1—3 очагами бактериальной инфекции на фоне тяжелого перинатального поражения ЦНС уже при поступлении в клинику расценивается как имеющий высокий риск развития сепсиса (как правило, это маловесные, крайне незрелые дети). В соответствии с этим лечение таких детей практически не отличается от такового у детей с верифицированным диагнозом сепсиса, т.е. проводятся «опережающая» терапия сепсиса на доно-зологическом этапе этого грозного заболевания и его первичная профилактика. Клиническая эффективность такого подхода оправдывает формальное несоответствие между мощностью лечения и отсутствием установленного диагноза сепсиса. В связи с этим некоторые клиницисты (в т.ч. С. Я. Долецкий) в свое время предлагали ввести термин «пресепсис» — как состояние морфологической и функциональной готовности к развертыванию септического процесса у ребенка группы риска. При этом клинически явная манифестация сепсиса рассматривается как диалектический переход количественных изменений в новое качество — генерализованную бактериальную инфекцию.

На наш взгляд, в клинической классификации сепсиса целесообразно сохранить выделение септицемии и септикопиемии не только как форм сепсиса, но и как фаз его течения. Возможно, при этом следует обсудить терминологическую корректность отнесения «больших» гнойных очагов отсева (менингит, абсцедирующая пневмония, остеомиелит и др.) к осложнениям сепсиса или к его проявлениям.

В качестве сравнения приводим две формулировки диагноза:

1) сепсис, септикопиемия, эпифизарный остеомиелит;

2) основной: сепсис, септикопиемия; осложнения: остеомиелит.

Как осложнения, возможно, не следует указывать проявления полиорганной недостаточности (обычно они выносятся в заключительный клинический диагноз при летальном исходе). Это касается и дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной недостаточности. За исключением, возможно, недостаточности надпочечников (как показателя тяжелых расстройств нейроэндокринной регуляции) и тромбогеморрагического (ДВС) синдрома, которые следует формулировать в диагнозе как осложнения.

Интересно было бы также обсудить возможности объективной (количественной) оценки различных функциональных параметров при угрозе развития сепсиса и при верифицированном сепсисе, в частности, с использованием компьютерных программ.

Желательно более подробно осветить лечение сепсиса у детей с использованием алгоритмов подбора антибактериальных средств, выбора препаратов для иммунозаместительной терапии. Кроме этого, необходимо изложить приоритетные направления в лечении сепсиса, такие, как:

- 1) инфузионная и сосудистая терапия, ионная поддержка, особенно при развитии шока;
- 2) респираторная поддержка;
- 3) нутритивная поддержка (как энтеральная, так и парентеральная);
- 4) симптоматическая терапия.

При анализе предлагаемого проекта классификации, на наш взгляд, необходимо пересмотреть терминологические и «понятийные» погрешности, логические противоречия, выявляемые по следующим позициям:

- 1) сепсис раннего неонatalного периода — делится на ранний и поздний;
- 2) раздел «входные ворота» — почему-то содержит время инфицирования;
- 3) термины: «внебольничный», как и «госпитальный» сепсис вызывают серьезные сомнения;
- 4) понятия о внутриутробном инфицировании и внутриутробный сепсис практически «смазаны»;
- 5) осложнения и проявления — не одно и то же, что необходимо обсуждать в первую очередь;
- 6) необходимо указать в самой классификации, что септицемия и септикопиемия не только формы, но и фазы болезни;
- 7) если выделять сепсис на фоне иммунодефицита, то только ли на фоне первичного (генетического) — редкого, так как сепсис всегда развивается на фоне иммунодефицита (тяжелые поражения мозга, низкая масса тела и др.)?

В заключение хотелось бы отметить, что в рамках одной статьи невозможно охватить весь спектр проблем, затрагивающих вопросы диагностики и лечения сепсиса. Вероятно, необходимо опубликовать серию статей, в которых более подробно осветить отдельные вопросы.