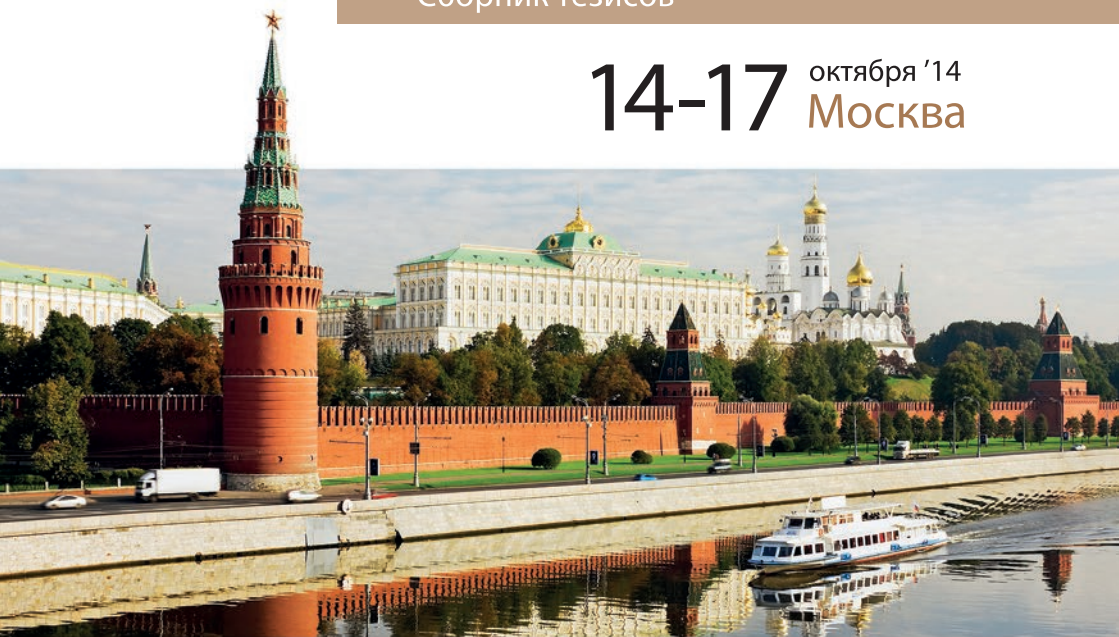


2-й МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС,
посвященный 70-летию
Института хирургии им. А.В. Вишневского

РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Сборник тезисов

14-17 октября '14
Москва



РОО «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции»

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава РФ**

**ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии
и травматологии» ДЗ г. Москвы**

ГОУ ВПО Российский университет дружбы народов

Материалы

2 Международного Конгресса

**«РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ
С КОНФЕРЕНЦИЕЙ:
ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ»**

14-17 октября 2014 г.

ПРЕСЕПСИН В АЛГОРИТМЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

*Демидова В.С., Ушакова Т.А., Звягин А.А.,
Бобровников А.Э., Крутиков М.Г., Медова О.В.,
Кучейник А.Ш., Коряков И.А.*

*ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»,
г. Москва, Россия*

Цель: Определить клиническую значимость маркеров сепсиса: пресепсина (P-SEP), С-реактивного белка (CRP) и прокальцитонина (PCT) у хирургических больных при инфекционных осложнениях и у тяжелообожженных пациентов в зависимости от тяжести травмы, состояния и исхода.

Материалы и методы: Обследовано в динамике 27 хирургических пациента с инфекционными осложнениями: сепсис (n=16, из них 12 погибших); SIRS с декомпенсацией сопутствующих заболеваний (n=11, из них 9 погибших). С ожоговой травмой (n=41): больные с локальными ожогами (n=4); с SIRS при обширных ожогах ИФ ≤ 100 (n=6), ИФ ≥ 100 (n=6); пациенты с сепсисом на фоне обширных и глубоких ожогов ИФ ≥ 100 (n=25): выжившие (n=16), погибшие (n=9). Лабораторные тесты: P-SEP – количественное определение иммунохемилюминесцентным методом (PATHFAST, Япония), референсные значения: < 337 pg/ml. PCT – полуколичественное измерение иммунохроматографическим методом (BRAHMS PCT – Q, Германия), референсные значения: $\leq 0,5$ ng/ml; CRP – количественное определение: у обожженных больных – иммунохемилюминесцентным методом (AQT-90, Дания), у хирургических пациентов – турбидиметрическим методом (ILab650, Япония), референсные значения: $< 5,0$ mg/l.

Результаты и обсуждение: При поступлении в палату интенсивной терапии (ПИТ) у пациентов с сепсисом и в дальнейшем неблагоприятным исходом (n=12) уровень P-SEP составил 1544.92 ± 426.71 , что достоверно (p=0,023) выше, чем при благоприятном исходе 590.75 ± 270.87 . У умерших в дальнейшем пациентов в динамике отмечено достоверное (p=0,035) нарастание его уровня до 3827.50 ± 1744.30 , с эпизодами подъёма до 20 000 и выше. Наиболее высокие уровни P-SEP (до 22542) обнаружены у пациентов с сепсисом, оперированных по поводу онкозаболеваний

органов брюшной полости. У выживших – отмечено снижение и в дальнейшем нормализация уровня P-SEP, как и уровня CRP, который не имел достоверных отличий: у погибших пациентов он составил 140.88 ± 14.29 , с тенденцией к нарастанию в динамике; у выживших – 144.80 ± 20.70 , с тенденцией к снижению в дальнейшем. Уровень PCT колебался от 0,5 до 2,0 у всех пациентов при поступлении их в ПИТ. У умерших в дальнейшем пациентов в процессе лечения наблюдались периодические подъёмы PCT от $\geq 0,5$ до 10 и более, тогда как у выживших выявлено чёткое снижение до значений $\leq 0,5$. Пациенты с SIRS при поступлении в ПИТ имели высокие уровни P-SEP от 400 до 4516 (при альвеококкозе – 10207); CRP – от 59 до 229, PCT – от 0,5 до ≥ 10 . При благоприятном исходе все маркеры в динамике имели тенденцию к снижению. При неблагоприятном исходе при поступлении в ПИТ уровень пресепсина в среднем составил 1261.63 ± 482.25 , в дальнейшем наблюдали возрастание до 2000.20 ± 495.34 . При этом CRP у умерших был в среднем 148.85 ± 15.55 , а уровень PCT $\geq 0,5$ и имел тенденцию к нарастанию до ≥ 10 . Отдельно оценивали маркеры сепсиса у пациентов с ожоговой травмой. Несмотря на локальность поражения, у пациентов выявлено повышение CRP: 13.68 ± 2.87 на фоне нормальных значений P-SEP: 21.3 ± 4.3 и PCT: < 0.5 . Пострадавшие с SIRS (ИФ ≤ 100) имели системный воспалительный ответ на обширное поражение, что отразилось в повышении CRP: 57.69 ± 5.87 и P-SEP: 81.3 ± 17.7 , при этом PCT оставался в пределах ≥ 0.5 с эпизодами до 2,0. Наиболее тяжелые больные (ИФ ≥ 100) продемонстрировали резкие отличия в уровне воспалительного ответа на травму. А именно: выявлено повышение CRP и P-SEP с периодическими подъемами PCT до 2-10. При сепсисе с благоприятным исходом отмечен дальнейший рост P-SEP в среднем до 632.3 ± 74.26 и PCT (частый тренд к 10), CRP: $166 \pm 20,86$. У больных с сепсисом и с неблагоприятным в дальнейшем исходом отмечено при поступлении сравнительное снижение P-SEP: 402.66 ± 67.49 и CRP: 110.56 ± 24.52 при стойком тренде PCT ≥ 10 . При мониторинге этих больных выявлено возрастание уровня P-SEP до 6488.1 ± 1926.97 . У выживших пациентов отмечено менее значительное повышение P-SEP: 2098.0 ± 875.77 . У выживших пациентов с пневмонией (n=5) P-SEP достигал более высоких цифр ($2922,8 \pm 1711,98$), чем без пневмонии: $1744,88 \pm 534,90$ (n=8).

Выводы: 1) Комплексная диагностика пациентов с исследованием нескольких маркеров воспаления позволяет оценить адаптивность воспалительного ответа тяжести повреждения и прогнозировать угрозу генерализации инфекции. При этом P-SEP и CRP в большей степени маркеры уровня воспаления, тогда как PCT – маркер угнетения адаптивного воспаления. 2) P-SEP является наиболее информативным лабораторным показателем ранней диагностики сепсиса, мониторинга его тяжести и прогнозирования неблагоприятных исходов.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Дибиров М.Д.¹, Прошин А.В.², Гаджимурадов Р.У.¹,
Якобишвили Я.И.², Какубава М.Р.¹*

Московский Государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии)¹, Городская клиническая больница № 81², г. Москва, Россия

Цель: улучшить результаты лечения больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы: проведено обследование и комплексное лечение у 1584 больных с диабетической ангиопатией, имеющих гнойно-некротические осложнения на стопе в возрасте от 36 до 84 лет. Мужчин было 670 (42,3%), женщин 914 (57,7%). Длительность сахарного диабета составила более 15 лет. Диабетическая микроангиопатия диагностирована у 612 (38,6%), макроангиопатия – у 972 (61,4%). Диагностический алгоритм включал: клинико-лабораторные, иммунологические, бактериологические, морфологические, рентгенологические методы исследования, оценку состояния макрогемодинамики и микроциркуляции пораженной конечности (дуплексное сканирование, ангиографию, транскутанную оксиметрию, лазерную флоуметрию).

Результаты: на основании предложенной нами классификации по характеру гнойно-некротических осложнений СДС (Хирургия 2000; 5: 34-37) больные подразделялись на