

От редакции

Комментарий по поводу статьи З. А. Магомедовой и соавт.

«Эндолимфатическая иммунофармакотерапия с лазерным облучением грудного лимфатического протока в комплексном лечении послеродового эндометрита, осложненного сепсисом»

УРМЖ 2007, №2(30): 39-42.

Проблема сепсиса по-прежнему продолжает привлекать внимание широкого круга клиницистов во всем мире. Подтверждением тому являются значительное число публикаций в медицинских изданиях, создание международных и национальных междисциплинарных ассоциаций (Sepsis Forum, Surviving Sepsis Campaign) и рекомендательных документов, в которых с позиций медицины, основанной на доказательствах, сконцентрированы современные, наиболее действенные подходы к диагностике и лечению.

Примером последних могут служить рекомендации 11 авторитетных международных медицинских ассоциаций, объединенных в движение «Переживем сепсис» и Российской ассоциации специалистов по лечению хирургических инфекций (РАСХИ) [1, 3].

Общепризнанно, что данные документы должны лежать в основе повседневной клинической практики, в том числе и в качестве базового протокола при проведении исследований, направленных на оценку эффективности дополнительной терапии. А именно ей и посвящена данная статья.

К сожалению, в представленной работе авторы не приводят базового протокола ведения больных, и остается загадкой, насколько он современен и соответствует консенсусным рекомендательным документам. Не описана как используемая схема антибактериальной терапии, режим дозирования препаратов, так и составляющие поддерживающей терапии у 8 пациенток с тяжелым сепсисом. Между тем, ранняя, адекватная антибиотикотерапия как санация инфекционного очага является краеугольным камнем лечения сепсиса, определяющим исход патологического процесса [1, 2].

Сложно понять и логику авторов при выборе дизайна исследования и в группировке клинического материала: 1-я группа (основная) — 18 больных с послеродовым сепсисом;

2-я — 8 больных с послеоперационным сепсисом (после кесарева сечения); 3-я (контрольная) — 15 родильниц без сепсиса. При этом делается заключение — летальности в основной группе нет, а в контрольной, где «основным условием отбора было нормальное послеродовое течение» — 12,8%. Отчего же погибли родильницы без сепсиса? И сколько их в абсолютном исчислении? Если двое, то летальность должна составлять — 13,3%, а если одна — 6,6%. Или же все-таки речь идет о пациентках 2-ой группы? Тогда один летальный исход из восьми пролеченных больных будет составлять 12,5%.

Однако в любом случае, выбор контрольных групп нельзя признать адекватным, в силу того, что сепсис после кесарева сечения (послеоперационный) и послеродовый представляют собой различные клинические ситуации. В какой-то степени проблему могла бы снять количественная оценка общей тяжести исходного состояния и тяжести органной дисфункции, но авторы не приводят сравнение групп по индексам SAPS и SOFA. Определенное влияние на прогноз сепсиса с бактериемией оказывает и его этиология: выделение из крови *Paeruginosa* является менее благоприятным, чем, например коагулазонегативного стафилококка. Причем для последнего микроорганизма клиническое значение имеет его двукратное выделение. Насколько были сопоставимы группы по этиологической структуре? В плане воздействия на инфекционный очаг, хотелось бы также знать использовался ли внутриматочный диализ, пришлось ли прибегнуть к экстирпации матки? Если, да, то опять же, в каких группах?

Теперь о самой идее эндолимфатической иммунофармакотерапии полиоксидонием с лазерным облучением грудного лимфатического протока. С позиций современного понимания патогенеза сепсиса необходимости в ней нет [3].

Сепсис — патологический процесс инфекционной природы, в основе которого лежит формирование системной воспалительной реакции. Ее прогрессирование и дисбаланс в системе «воспаление\анивоспаление» определяют неблагоприятный исход. Для иммунокорригирующей терапии принципиальным моментом является дифференциация стадии гипервоспаления от «иммунного паралича». Рабочая группа по иммунному мониторингу сепсиса Европейского Общества интенсивной терапии в качестве дифференциального теста рекомендует ориентироваться только на один — экспрессию HLA-DR рецепторов на моноцитах. При этом пороговой величиной является значение данного параметра в 30%. Этот подход и определяет выбор терапии: ограничение воспаления или активация иммунокомпетентных клеток. Как в этом плане действует лазерное облучение?

Почему воздействие на лимфатическую систему, а не на кровь, и где уверенность, что через катетер, подведенный к левому венозному углу, оно вообще осуществляется, и как это контролировалось?

Надуманными и не имеющими никаких клинических доказательств являются обвинения в адрес антибиотиков, способствующих формированию иммунологической недостаточности. По случаю в данном номере журнала в статье И. Ю. Носкова и соавт., посвященной оценке эффективности антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии, осложненной сепсисом при обеих схемах лечения отмечается рост экспрессии HLA-DR рецепторов при обеих схемах лечения уже в течение 5–7 дней.

Было бы очень наглядным сведение динамики иммунологических показателей 1-й и 2-й групп в одну таблицу. Без этого не видно и не понятно, был ли какой-либо эффект, отличались ли пациенты в исходном состоянии.

И, наконец, одобрено ли было локальным этическим комитетом данное исследование,

давали ли пациенты добровольное информированное согласие на дополнительные манипуляции? Катетер в центральной вене должен был находиться для реализации процедуры до 10 дней.

Еще в 1997 году эксперты российско-американской группы по реформированию здравоохранения проанализировав качество 1460 работ по лазерному облучению крови, сделали заключение об отсутствии доказательств эффективности метода и не рекомендовали ее использования в широкой практике [5]. Судя по представленным результатам и в данной работе не получено каких-либо доказательств клинической эффективности эндолимфатической иммунофармакотерапии полиоксидонием с лазерным облучением грудного лимфатического протока.

Редакция журнала, приняв статью к публикации, предостерегает коллег от использования в практике данной методики, необоснованно повышающей риск агрессивного воздействия на пациента, тем более таковой является родильница, и призывает к изучению и внедрению в жизнь современных протоколов лечения сепсиса.

Если авторы, не смотря ни на что, сохраняют верность своей идее, мы возьмем на себя смелость посоветовать им познакомиться с методологией проведения клинических испытаний у пациентов с сепсисом [4].

Литература

1. Dellinger R.P., Carlet J., Masur H. et al. Crit Care Med. 2004; vol.3: 858-873.
2. Sprung C., Bernard G., Dellinger R. et al. Intensive Care Med. 2001; vol.27(S.): p.3-134.
3. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патолога — анатомическая диагностика: Практическое руководство. М.: Издательство НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2004. 130.
4. Graf J., Doig GS, Cook D. et al. Crit Care Med. 2002; vol.30: 461-468.
5. С.Дж. Тиллингаст Международный журнал медицинской практики 1997; 3: 54-62.

*Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии УГМА,
вице-президент МАКМАХ,
член Европейского общества интенсивной терапии,
профессор В. А. Руднов*