

УДК 615

© Л. А. МАЛЬЦЕВА, Н. Ф. МОСЕНЦЕВ, А. Б. КУТОВОЙ, И. В. НЕНЬКО, А. М. ТРИСКИБА

КУ "Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины"

## Сепсис: диагноз, антимикробная терапия с позиций новых международных рекомендаций

L. A. MALTSEVA, N. F. MOSENTSEV, A. B. KUTOVOI, I. V. NENKO, A. M. TRYSKYBA

MI "Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH of Ukraine"

### SEPSIS: DIAGNOSTICS, ANTIMICROBIAL THERAPY FROM THE POSITION OF NEW INTERNATIONAL RECOMMENDATIONS

Целью настоящего исследования является изложение узловых моментов диагноза сепсиса и принципов антимикробной терапии в свете новых международных рекомендаций (2012 Surviving Sepsis Campaign Guidelines) с позиций доказательной медицины.

Рекомендации градуированы по системе GRADE как строгие (степень 1) или нестрогие (степень 2), отдельные рекомендации не градуированы (UG).

На фоне проводимой реанимации необходимо осуществлять рутинный скрининг потенциально инфицированных пациентов для выявления тяжести сепсиса, что позволяет раньше начинать терапию (степень 1 C). При тяжелом сепсисе повышение эффективности лечения достигается в условиях стационара (UG).

Следующим этапом является постановка диагноза.

1. Перед началом антимикробной терапии бактериологические посевы выполняются, если это не задерживает начало терапии более чем на 45 мин (степень 1 C). По крайней мере, 2 пробы кровяных культур (аэробных и анаэробных) исследуют перед началом антимикробной терапии: одна проба, набранная чрескожно, и одна проба, набранная из сосудистого катетера, если катетер функционирует >48 часов (степень 1 C).

2. Использовать исследования на 1,3-beta-D-glucan (степень 2 B), маннан- и антиманнановые антитела (степень 2 C), если эти исследования доступны, и инвазивный кандидоз рассматривать при дифференциальной диагностике как возможную причину инфекции.

3. Соответствующие исследования для визуализации возможных очагов инфекции должны быть выполнены незамедлительно.

Антимикробная терапия включает в себя перечисленные ниже позиции:

1. Назначение эффективных внутривенных антибиотиков в течение первого часа после распознавания септического шока (степень 1 B) и тяжелого сепсиса без септического шока (степень 1 C) как целенаправленную терапию.

2. Начальная эмпирическая антиинфекционная терапия одним или несколькими препаратами, активными против вероятных патогенов (бактериальных и/или грибковых или вирусных), которые проникают в адекватных концентрациях в ткани предполагаемых очагов сепсиса (степень 1 B). Антимикробные режимы должны переоцениваться ежедневно для возможной деэскалации (степень 1 B).

3. Низкие концентрации прокальцитонина или подобных биомаркеров помогают клиницистам прекращать эмпирическую антибиотикотерапию у пациентов, которых расценивают первоначально, как септических, но последующие данные не явились доказательствами инфекции (степень 2 C).

4. Комбинированная эмпирическая терапия должна назначаться больным с тяжелым сепсисом и нейтропенией (степень 2 B) и у пациентов со сложностями в процессе лечения, мультирезистентными бактериальными патогенами, как *Acinetobacter* и *Pseudomonas* spp. (степень 2 B). У пациентов с тяжелыми инфекциями, проявлениями дыхательной недостаточности и септического шока показана комбинированная терапия бета-лактамами расширенного спектра и аминогликозидами или фторхинолонами при бактериемии *Pseudomonas aeruginosa* (степень 2 B). Целесообразна комбинация бета-лактама и макролида у пациентов с септическим шоком при бактериемии *Streptococcus pneumoniae* (степень 2 B). Эмпирическая терапия не должна продолжаться более чем на 5 дней. Деэскалация с назначением соответствующих препаратов должна быть произведена, как только чув-

ствительность микрофлоры будет известной (степень 2 В).

5. Продолжительность антибактериальной терапии обычно 7–10 дней, более длительные курсы назначаются у пациентов с медленным клиническим ответом, при недренированных фокусах инфекции, бактериями *Staphylococcus aureus*, при грибковых и вирусных инфекциях или у пациентов с иммунодефицитом, включая нейтропению (степень 2 С).

6. Противовирусная терапия начинается как можно раньше у пациентов с тяжелым сепсисом или септическим шоком вирусной этиологии (степень 2 С).

7. Антимикробные препараты не должны применяться у пациентов с тяжелым воспалением, если установлена его неинфекционная причина (UG).

Контроль очага инфекции осуществляется по следующим направлениям:

1. Специфический анатомический диагноз инфекции требует рассмотрения вопроса по неотложному поиску очага или его исключению как можно раньше, а также вмешательства по контролю очага в первые 12 часов после установления диагноза, если это возможно (степень 1 С).

2. Если установлено, что инфицированный перипанкреатический некроз является источником

инфекции, определенные вмешательства должны быть отсрочены до адекватной демаркации между жизнеспособными и некротизированными тканями (степень 2 В).

3. Если меры по санации и контролю очагов у тяжелобольных сепсисом пациентов необходимы, эффективными вмешательствами являются те, что ассоциируются с минимальными физиологическими повреждениями (например, чрескожное, а не хирургическое дренирование абсцесса) (UG).

4. Если устройства для сосудистого доступа представлены как возможный источник тяжелого сепсиса или септического шока, они должны быть быстро удалены после установки других сосудистых доступов (UG).

Предупреждение вторичной инфекции осуществляется, исходя из представленных позиций:

1. Селективная оральная деконтаминация и селективная деконтаминация кишечника должны быть внедрены и рассмотрены как методы снижения частоты вентиляторассоциированной пневмонии (степень 2 В).

2. Как форма орофарингеальной деконтаминации – использование хлоргексидина глюконата снижает риск вентиляторассоциированной пневмонии у пациентов ОИТ с тяжелым сепсисом (степень 2 В).

Получено 30.01.13