

# Тактика ведения пациентов с предварительным диагнозом «Тяжелый сепсис / Септический шок» (далее ТС/СШ) в первые сутки госпитализации в УЗ «ГКИБ».

**Помощь оказывается командой специалистов** (врач реаниматолог, ответственный дежурный инфекционист, 2 медицинские сестры, в обязательном порядке оповещается консультант ОРИТ). Пациент ОРИТ с ТС/СШ имеет **наивысший приоритет** после пациентов, нуждающихся в сердечно-легочной реанимации.

1. Оценить состояние пациента: гипотензия <90/60 мм рт.ст., органная дисфункция (спутанность сознания, тахипноэ >30 / SaO<sub>2</sub><90%, нитевидный пульс, мраморность кожных покровов / цианоз, олигоанурия, геморрагическая сыпь, массивное кровотечение) – **госпитализация в ОРИТ, минуя приемный покой.**
2. Катетеризировать центральную вену (при невозможности – периферическую), мочевого пузыря, подключить кислород через интраназальные катетеры.
3. Зафиксировать и внести в карту интенсивной терапии (с точным указанием времени) следующие показатели: АД, ЧСС, ЧД, SaO<sub>2</sub>, ЦВД, минутный диурез. Отмечать данные показатели каждый час до стабилизации состояния.

4. Выполнить забор гемокультуры до введения первой дозы антибиотиков.
5. **В течение первого часа** назначить антибактериальную терапию (см. инструкцию по применению МЗ РБ «Антибактериальная терапия сепсиса» либо свяжитесь с консультантом).
6. Начать в/в инфузию **кристаллоидами из расчета 30 мл/кг в первые 3 часа.** Не назначать в качестве стартовой инфузионной терапии коллоиды  
**препараты ГЭК – противопоказаны!!!** у пациентов с сепсисом, коллоидный раствор выбора - 10% альбумин
7. Произвести исследование крови: гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, тромбоциты; СРБ, прокальцитонин, лактат, КФК, КФК-МВ, глюкоза, амилаза, билирубин + фракции, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, электролиты; КЩС, коагулограмма; группа крови и Rh (КЩС и коагулограмма при значимых отклонениях исследуются в динамике).
8. Выполнить рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ на пленке, ОАМ

Выполнить в первые 3 часа госпитализации

9. При сохраняющейся гипотензии на фоне адекватной инфузии кристаллоидами – вазопрессорная поддержка (цель - среднее АД (АДср) ≥ 65 мм рт.ст.):
  - препарат выбора – **норадреналин** (начальная доза 0,1-0,3 мкг/кг/мин, максимальная – до 3-5 мкг/кг/мин), при недостаточном эффекте возможны **норадреналин + адреналин** ИЛИ **норадреналин+вазопрессин** (в дозе до 0,03 ЕД/мин);
  - **дофамин** (стартовая доза 5-10 мкг/кг/мин) **только как альтернатива норадреналину** (нет норадреналина, пациент имеет гипотензию + выраженную брадикардию);
  - **фенилэфрин (мезатон) – средство последней линии, не использовать рутинно!**
10. При сохраняющейся гипотензии на фоне инфузии кристаллоидами или первоначальном уровне лактата ≥ 4 ммоль/л – повторно оценить волемический статус пациента (клинически и измерив ЦВД) и скорректировать инфузионную терапию.
11. Оценить и зафиксировать в карте интенсивной терапии следующие целевые показатели по истечению 6 часов от момента госпитализации: уровень лактата (если он был изначально повышен), ЦВД, АДср, симптом бледного пятна, диурез.  
Об эффективности проводимой терапии свидетельствуют:
  - ✓ ЦВД ≥ 8 мм рт.ст. (12–15 мм рт.ст. для пациентов на ИВЛ);
  - ✓ АДср ≥ 65 мм рт.ст.;
  - ✓ симптом «бледного пятна» < 3 сек;
  - ✓ диурез ≥ 0,5 мл/кг в час;
  - ✓ лактат плазмы ≤ 2 ммоль/л.

Выполнить в первые 6 часов госпитализации

12. При сохраняющейся гипотензии на фоне инфузии и вазопрессоров - **гидрокортизон 200 мг в/в** в виде продленной инфузии.
13. При появлении признаков сердечной недостаточности (отек легких, ЦВД > 15 мм вод.ст.), сохранении признаков гипоперфузии тканей несмотря на достижение целевых АДср и нормоволемии – добавить **добутамин в дозе 10-20 мкг/кг/мин.**
14. При неэффективном дыхании (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 200 мм рт.ст., ЧД > 30/мин на фоне значительной работы дыхательной мускулатуры, PaO<sub>2</sub> ≤ 60 мм рт. ст., стабильно низкая SaO<sub>2</sub>) – как можно раньше перевод на ИВЛ.
15. При уровне Hb < 90 г/л – трансфузия эритроцитарной массы (цель: Hb 70-90 г/л), при уровне тромбоцитов ≤ 10×10<sup>9</sup>/л (при высоком риске кровотечения ≤ 20×10<sup>9</sup>/л) – трансфузия тромбоцитарной массы; **трансфузия свежезамороженной плазмы показана только для коррекции гипокоагуляции при наличии активного кровотечения или планируемых инвазивных вмешательствах в ближайшее время.**
16. Коррекция гипергликемии – только при глюкозе крови > 11 ммоль/л **в двух последовательных исследованиях** (держат в пределах 6-10 ммоль/л).
17. При изначально крайне тяжелом состоянии пациента, отрицательной динамике, несмотря на выполняемый комплекс мероприятий, вызвать консультантов кафедры инфекционных болезней, реаниматологии-анестезиологии, по необходимости – хирургов, в любое время суток.