

У пациентов с ТС и СШ имеется выраженная гипоперфузия тканей. Дефицит тканевой перфузии может привести к тканевой гипоксии и, в свою очередь, к повышению уровня сывороточного лактата более 4 ммоль/л [4]. При ТС инфузионная терапия должна начинаться сразу после постановки диагноза, не дожидаясь поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии, для достижения уже в первые 6 часов интенсивной терапии следующих целевых значений параметров (1С) [6]:

- центральное венозное давление — 8–12 мм рт.ст.;
- среднее АД — более 65 мм рт.ст.;
- количество выделяемой мочи — более 0,5 мл/кг/ч;
- сатурация венозной ($ScvO_2$) и смешанной венозной крови (SvO_2) — 70% и 65% соответственно (1С);
- нормализация уровня лактата крови (2С).

Доказательной основой для стратегии ранней целенаправленной терапии послужили независимые исследования, в результате которых коллективам авторов удалось добиться сокращения 28-дневной смертности при ТС и СШ на 15,9% и 17,7% (уровень выживаемости 75,2% против 57,5%) при условии достижения положительных целевых значений указанных критериев в первые 6 часов интенсивной терапии [7, 8]. Прогностическое значение повышенного уровня лактатамии (более 4 ммоль/л) в сочетании с гипотензией подтверждено 46,1% уровнем смертности при ТС и СШ [9]. У пациентов, находящихся на искусственной вентилляции легких, а также у лиц с исходно сниженной фракцией выброса левого желудочка и обязательно — при абдоминальном компартмент-синдроме целевые значения центрального венозного давления должны быть повышены до 12–15 мм рт.ст. [9, 10].

АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПСИСА

Воспринимая рекомендации SSC-2012, следует исходить из общепринятой на данный момент концепции, что АБТ в режиме монотерапии является предпочтительной в большинстве случаев, по сравнению с комбинированной терапией несколькими антибактериальными препаратами (АБП).

Внутривенная АБТ препаратами широкого спектра действия должна быть начата в течение первого часа после постановки диагноза СШ (1В) и ТС без септического шока (1С) — как цель терапии.

Начальная эмпирическая АБТ в моно- или комбинированном варианте должна проводиться с применением АБП, потенциально активных против всех вероятных возбудителей (бактерий, грибов, вирусов), обладающих высоким потенциалом проникновения в ткани вероятно источника сепсиса (1В).

Режим АБТ подлежит ежедневной переоценке в течение всего периода деэскалации (1В).

Выбор АБП должен быть основан на данных обследования больного с оценкой вероятного возбудителя и с учетом данных локального мониторинга микрофлоры стационара (отделения). Низкий уровень прокальцитонина или аналогичных биомаркеров является основанием для прекращения эмпирической АБТ у пациентов, первоначально оцененных как септические, но без последующего наличия признаков либо подтверждения источника инфекции (2С).

Комбинированной эмпирической АБТ следует отдавать предпочтение только в случаях:

- лечения пациентов с ТС и нейтропенией (2В), а также в случаях лечения сепсиса, с высокой степенью вероятности вызванного лекарственно-устойчивыми бактериальными патогенами, такими как *Acinetobacter* и *Pseudomonas spp.* (2В);
- лечения пациентов с тяжелыми инфекциями, ассоциированными с дыхательной недостаточностью и СШ, когда оправдано применение терапии, включающей комбинацию бета-лактамов антибиотиков широкого спектра с аминогликозидами либо фторхинолонами, активными против *P. aeruginosa* (2В), а сочетание бета-лактамов и макролидов — для лечения пациентов с СШ вследствие бактериемии, вызванной *Streptococcus pneumoniae* (2В).

Эмпирическую комбинированную АБТ не следует назначать более 3–5 дней. Режим деэскалации должен быть заменен на целенаправленную терапию сразу же после верификации основного патогена и его чувствительности к АБП (2В). Обычно для этого достаточно 48–72 часа.

Длительность терапии обычно составляет 7–10 дней; более длительные курсы могут быть целесообразными у пациентов, которые имеют подтвержденный медленный клинический ответ на лечение, наличие множественных недренированных очагов инфекции, с бактериемией *S. aureus*, с некоторыми грибковыми и вирусными инфекциями или иммунологической недостаточностью, в том числе с нейтропенией (2С).

У больных с ТС и СШ вирусного происхождения противовирусная терапия должна быть начата как можно раньше (2С).

Противомикробные средства не должны использоваться у больных с тяжелыми воспалительными состояниями, имеющими подтвержденные неинфекционные причины (НУ).

КОНТРОЛЬ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Каждый пациент с признаками ТС должен быть тщательно обследован для обнаружения источника инфекционного процесса и проведения соответствующих мероприятий по контролю за источником сепсиса (*Source Control*), который должен включать: применение специальных (лучевых, инструментальных и др.) методов топической верификации источника инфекции и его раннего (до 12 часов после установления) малоинвазивного устранения (санации, дренирования, некрэктомии, секвестрэктомии, лапаротомии, лапаро- и торакоскопии) (1С).

В случаях, когда потенциальным источником сепсиса признан инфицированный панкреонекроз и парапанкреатит, окончательное вмешательство предпочтительнее отложить до момента лучшей демаркации жизнеспособных и девитализированных тканей (2В).

С целью контроля источника инфекции у пациентов с ТС и скомпрометированными физиологическими функциями организма должны быть использованы малоинвазивные (например, чрескожные) способы дренирования абсцесса (НУ).