Сепсис (у взрослых)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A40, A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Корпоративная некоммерческая организация "Ассоциация анестезиологов – реаниматологов", Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Сепсис у взрослых — инфекционно обусловленная острая органная дисфункция из-за нарушенной регуляции ответа организма; септический шок — её наиболее тяжёлый вариант с циркуляторными и метаболическими нарушениями. Рекомендация акцентирует раннее распознавание, немедленную антимикробную терапию, восстановление перфузии и максимально быстрый контроль инфекционного очага.

Главное

- Сепсис диагностируют при наличии инфекции и связанной с ней острой органной дисфункции; увеличение SOFA на 2 балла и более от исходного уровня поддерживает диагноз.
- Септический шок — это необходимость вазопрессоров для поддержания среднего АД ≥65 мм рт. ст. при лактате >2 ммоль/л, несмотря на адекватную внутривенную инфузию.
- На исход особенно влияют три действия: ранняя эффективная антимикробная терапия, восстановление тканевой перфузии и своевременная санация инфекционного очага.
- При подозрении на сепсис нужно одновременно искать источник инфекции и оценивать динамику органной дисфункции; диагностические мероприятия не должны задерживать лечение.
- qSOFA вне ОРИТ и на догоспитальном этапе служит скринингом: 2 балла и более при наличии инфекции означают высокий риск органной дисфункции и требуют дальнейших организационных и лечебных действий.
- В ОРИТ состояние пациента с сепсисом оценивают по SOFA ежедневно; динамика шкалы помогает контролировать эффективность лечения и прогнозировать исход.
- Антимикробную терапию при септическом шоке начинают предпочтительно в течение 1 часа, при сепсисе без шока — в течение 3 часов после установления или признания диагноза наиболее вероятным.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: уточните инфекционно-воспалительный или гнойный очаг, лихорадку или гипотермию, озноб, слабость, одышку, нарушение сознания, олигурию и признаки кровоточивости. Диурез менее 0,5 мл/кг/ч более 2 часов подряд — тревожный признак органной дисфункции (УДД 5, УУР С).
2. Проведите осмотр кожи и слизистых, оцените дыхание, кровообращение, живот, сознание и диурез; ищите локальные признаки инфекции, гипоперфузии и поражения органов (УДД 5, УУР С).
3. Рассчитайте SOFA: при предполагаемой или доказанной инфекции увеличение на 2 балла и более от исходного уровня позволяет констатировать сепсис (УДД 4, УУР С).
4. Если полноценное обследование недоступно, используйте qSOFA: систолическое АД ≤100 мм рт. ст., частота дыхания ≥22/мин и нарушение сознания с Glasgow <15 дают по 1 баллу; сумма ≥2 указывает на высокий риск органной дисфункции (УДД 1, УУР А).
5. Назначьте общий анализ с лейкоцитарной формулой, тромбоциты, общий билирубин, креатинин, С-реактивный белок, кислотно-основное состояние и газы крови; при гипотензии дополнительно определите лактат артериальной крови (УДД 5, УУР С).
6. До начала антимикробной терапии возьмите кровь и материал из предполагаемого очага на микробиологическое исследование, если это не задержит введение препарата на 45 минут и более (УДД 2, УУР В). Для посева крови берут не менее 2 проб по 20 мл, используя аэробные и анаэробные флаконы (УДД 5, УУР С).
7. При неясном источнике используйте визуализацию; в максимально ранние сроки выполняйте КТ грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства и таза с внутривенным болюсным контрастированием (УДД 5, УУР С).

Лечение

- Ищите очаг, требующий вмешательства, и санируйте его как можно быстрее; предпочтительный ориентир — в течение 12 часов после выявления источника и установления диагноза. Контроль может включать дренирование абсцесса, удаление некротических тканей или потенциально инфицированного устройства; выбирайте наименее инвазивный эффективный метод (УДД 2, УУР А).
- При септическом шоке начните антимикробную терапию предпочтительно в течение 1 часа, при сепсисе без шока — в течение 3 часов. При высоком риске MRSA включайте активный против MRSA препарат, а при риске полирезистентных грамотрицательных возбудителей выбирайте стартовый режим по локальному мониторингу и затем корректируйте его по чувствительности (УДД 2–4, УУР В–С).
- Для начальной инфузии используйте электролитные растворы; при сепсис-индуцированной гипоперфузии в первые 3 часа вводите внутривенно не более 30 мл/кг. Предпочтительны сбалансированные кристаллоиды вместо 0,9% раствора натрия хлорида; при больших объёмах рекомендуется использовать альбумин. Гидроксиэтилкрахмал не рекомендуется использовать, желатина и декстрана избегают (УДД 1–5, УУР А–С).
- Если гипотензия и гипоперфузия не связаны с гиповолемией, препаратом первой линии является норэпинефрин внутривенно, начиная с 0,1–0,3 мкг/кг/мин и повышая дозу до среднего АД не ниже 65 мм рт. ст. При отсутствии центрального доступа вазопрессор можно начать через периферическую вену (УДД 5, УУР С).
- Если на норэпинефрине среднее АД остаётся недостаточным, добавьте эпинефрин со скоростью 1–10 мкг/мин. При сочетании гипотензии с сердечной дисфункцией используйте норэпинефрин с добутамином либо эпинефрин (УДД 1–5, УУР А–С).
- При гипоксемической дыхательной недостаточности предпочтительна высокопоточная назальная оксигенотерапия перед неинвазивной вентиляцией (УДД 2, УУР В). При ОРДС используйте дыхательный объём 6 мл/кг, давление плато не более 30 см H_2O и при тяжёлом ОРДС — вентиляцию в положении на животе (УДД 1–2, УУР А–В).
- Решение о назначении глюкокортикоидов при сепсис-индуцированной гипотензии индивидуализируют. При рефрактерном септическом шоке в тексте приведено применение гидрокортизона 200 мг/сут внутривенно — по 50 мг каждые 6 часов или постоянной инфузией; решение связывают с сохраняющейся потребностью в вазопрессорах.
- Инсулинотерапию начинают при глюкозе ≥10 ммоль/л; при значениях выше 12–13 ммоль/л возможно внутривенное медленное введение инсулина до 7 Ед/ч с учётом гликемии. Энтеральное питание начинают в течение 72 часов, если оно возможно (УДД 2, УУР А; УДД 5, УУР С).

Когда направить и как наблюдать

- На догоспитальном этапе пациента с предполагаемым сепсисом эвакуируют в стационар при наличии инфекционного очага и 2 и более баллов qSOFA; исследования, способные задержать госпитализацию, не проводят (УДД 5, УУР С).
- Пациента с явными признаками сепсиса госпитализируют непосредственно в палату реанимации и интенсивной терапии или ОРИТ, предпочтительно многопрофильного стационара третьего уровня (УДД 5, УУР С).
- При ухудшении в профильном отделении и qSOFA ≥2 вызовите анестезиолога-реаниматолога; при подтверждённом сепсисе перевод в ОРИТ целесообразен не позднее 6 часов от постановки диагноза (УДД 5, УУР С).
- Если сепсис не подтверждён и органная дисфункция не прогрессирует, пациента переводят из ОРИТ в профильное отделение при отсутствии других оснований для реанимационного лечения (УДД 5, УУР С).

Частые вопросы

Как отличить сепсис от локальной инфекции?

Локальная инфекция не сопровождается органной дисфункцией. Сепсис устанавливают при наличии инфекции и острой органной дисфункции, обычно при увеличении SOFA на 2 балла и более от исходного уровня.

Какие критерии септического шока?

Нужны гипотензия с потребностью в вазопрессорах для поддержания среднего АД ≥65 мм рт. ст. и лактат артериальной крови >2 ммоль/л, несмотря на адекватную внутривенную инфузию.

Когда брать посевы?

Кровь и материал из очага берут до антимикробной терапии, если это не задержит введение препарата на 45 минут и более.

Какой объём и какой раствор использовать для начальной инфузии?

В первые 3 часа при сепсис-индуцированной гипоперфузии вводят не более 30 мл/кг электролитного раствора. Предпочтительны сбалансированные кристаллоиды; при больших объёмах рекомендуется использовать альбумин.

Какой вазопрессор выбрать первым и до какого давления его титровать?

Препарат первой линии — норэпинефрин, стартовая скорость 0,1–0,3 мкг/кг/мин. Его титруют до среднего АД не ниже 65 мм рт. ст.; при недостаточном эффекте добавляют эпинефрин.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/898-sepsis-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/898_1