

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ГО "Асоціація хірургів України"
ДУ "Національний науковий центр хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України

XXV З'їзд ХІРУРГІВ УКРАЇНИ



ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2025

18 - 19 вересня
м. Київ

Септичний шок: лікування згідно рішень настанови «SEPSIS – 3»

Шаповал С. Д.

Запорізький державний медико–фармацевтичний університет

Актуальність. Септичний шок (СШ) є різновидом сепсису зі значно підвищеним рівнем смертності через серйозні порушення кровообігу та/або клітинного метаболізму. Загальна смертність пацієнтів із СШ сьогодні становить у середньому від 30 до 40% (в діапазоні від 10 до 90%).

Ознаки і симптоми СШ неспецифічні та часто імітують безліч інших захворювань, оскільки немає «золотого стандарту» тесту для діагностики СШ. Найкраща практика полягає в постійній оцінці пацієнта, щоб визначити, чи є інші діагнози більш–менш ймовірними, особливо з урахуванням того, що клінічна траєкторія пацієнта може значно змінитися після госпіталізації до лікарні.

Шкала Quick SOFA (qSOFA) ґрунтується на показниках артеріального тиску, частоті дихання та на балах за шкалою коми Глазго і не вимагає очікування лабораторних результатів. Вона визначає її як предиктор несприятливого результату.

Проте багато питань методичного підходу та трактування окремих аспектів СШ потребують вивчення та уточнення.

Мета. Проаналізувати результати лікування хворих із СШ, що здійснювалося згідно рішень настанови «Sepsis–3».

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 283 хворих на сепсис, які лікувалися в гнійно–септичному центрі з ліжками діабетичної стопи КНП «Міська лікарня № 4» м. Запоріжжя впродовж 1991 – 2025 рр.

Досліджувані хворі були розподілені наступним чином: 1 група (193 пацієнтів – 68,2%) – хворі на сепсис, які лікувалися згідно рішень Погоджувальної конференції. Другу групу – 90 (31,8%) хворих за період 2016–2025 рр., що лікувалися за протоколами настанови «Sepsis–3».

Таким чином, до 1 групи віднесені 118 (61,1%) хворих на сепсис і 75 (38,9%) – на септичний шок (СШ), до 2 групи – 90 (62,2%) пацієнтів на сепсис і 34 (37,8%) – на СШ. Тобто, пацієнтів із СШ в обох групах було 109 осіб.

Спільною рисою стратегії лікування хворих обох груп було оперативне втручання та призначення антибактеріальної терапії (АБТ). Ці питання не переглядалися, так як вони мають високий доказовий рівень. Усі хворі були оперовані під загальним знеболенням, оперативні втручання у хворих обох груп були аналогічними.

Початкова тактика інфузійної терапії СШ базувалася таким чином. Септичні хворі з недостатньою перфузією тканин, гіпотензією або ознаками гіповолемії, отримували початковий об'єм рідини 30 мл/кг маси тіла кристалоїдних розчинів протягом перших 3 годин ресусцитації, а подальша інфузія проводилася під системним контролем гемодинамічного статусу пацієнта. Одним із цільових показників був середній артеріальний тиск (САТ) ≥ 65 мм рт.ст. Ще одним цільовим показником була нормалізація артеріальної концентрації лактату.

У хворих II групи використовували 10% розчин альбуміну – як доповнення до розчинів кристалоїдів для початкової ресусцитації та для подальшого внутрішньосудинного заміщення об'єму, коли пацієнти потребували значної кількості кристалоїдів.

До препаратів, що забезпечують інотропну підтримку, використовували адреналін, норадреналін, допамін та добутамін.

Норадреналін був у якості першої лінії вазопресорів. З метою підвищення середнього артеріального тиску до цільового, добавляли до препарату вазопресин – до 0,03 од/хв., щоб зменшити дозу норадреналіну.

У пацієнтів 2 групи використовували дофамін у якості альтернативного вазопресорного препарату норадреналіну тільки у ретельно обраних пацієнтів, наприклад – з низьким ризиком розвитку тахіаритмії чи відносній брадикардії.

Після стартової інфузійної терапії визначали об'єм подальшої інфузії в залежності від гемодинамічного статусу пацієнта. У пацієнтів із СШ, які потребували вазопресорну підтримку, підтримували цільовий САТ не нижче 65 мм рт. ст.

Через 72 години (деескалація або фази «дересуситації»), намагалися досягти негативного балансу рідини або обмежити внутрішньовенну інтенсивну терапію та збільшували виділення рідини із організму через активацію діурезу.

Парентеральне введення антибіотиків призначали в максимально короткі терміни після взяття зразків крові, біологічних рідин та пошкоджених тканин. Типовими антибіотиками для емпіричного впливу на грампозитивні бактерії були ванкоміцин та лінезолід, а проти грамнегативних бактерій – пеніциліни широкого спектру дії (наприклад, піперацилін/тазобактам), цефалоспорины 3-го або 5-го покоління, іміпенеми та сучасні аміноглікозиди.

Враховуючи високий ризик смерті від СШ та сильний зв'язок між часом початку прийому антимікробних препаратів та смертністю, ми вводили протимікробні препарати негайно протягом 1 год. всім пацієнтам.

Внутрішньовенні, сечові катетери та ендотрахеальні трубки видалялися або заміняли. Якщо адекватне водяне навантаження та вазопресорна терапія стабілізували гемодинаміку – кортикостероїди не призначали. Якщо стабілізації не вдавалося досягти – використовували внутрішньовенне введення гідрокортизону в дозі 200 мг/добу по 50 мг кожні 6 год.

Еритроцитарну масу у пацієнтів обох груп застосовували тільки у випадках, коли спостерігали зниження гемоглобіну < 70 г/л та при відсутності таких станів як ішемія міокарду та тяжка гіпоксемія.

Так як у наших пацієнтів шлунково-кишковий тракт був не задіяний – ентеральне харчування здійснювали вже в першу добу післяопераційного періоду, при цьому енергетична цінність харчування складала 25 – 30 ккал/кг маси тіла на добу.

Результати. З 75 хворих із СШ I групи померло 56 пацієнтів, летальність склала 74,7%. У хворих із СШ II групи померло 23 пацієнтів, летальність склала 67,6%. Звертає на увагу та обставина, що 17 пацієнтів (30,4%) I групи померли не оперованими в перші години чи добу від септичного шоку, тоді як у 2 групі таких випадків було лише 4 (17,4%) хворих. Тобто, можна думати, що здійснення ІТ та інотропної підтримки за настановою «Sepsis – 3» давала змогу стабілізувати стан пацієнтів та підготувати їх до оперативного втручання. Летальність у хворих із СШ, що були не оперовані, зменшилася на 13,0% ($\chi^2=5,63$; $P<0,0177$). Також зменшилися середні терміни перебування хворих із СШ у стаціонарі на $4,7\pm 0,24$ доби ($t=4,36$; $P<0,001$).

Висновки. Інтенсивну терапію потрібно продовжувати, поки гемодинамічні показники продовжують поліпшуватися.

Норадреналін збільшує переднавантаження, системний судинний опір та серцевий викид, тому його застосування у пацієнтів з персистою гіпотензією потрібно на ранніх стадіях СШ.

У хворих із діагнозом СШ та адекватним контролем джерела інфекції слід використовувати більш коротку, а не більш тривалу антимікробну терапію. Оптимальним режимом проведення АБТ є використання карбапенемів у максимальному дозуванні в сполученні з лінезолідом.