

*Девяткова А.В.*

## **КАК УВИДЕТЬ СЕПТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА? СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ**

*Научный руководитель: ст. преп. Королева Е.В.*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Сепсис – угрожающая жизни органная дисфункция, вызванная аномальным ответом макроорганизма на инфекцию. Каждую минуту от сепсиса умирает более 14 человек. Идентификация пациентов с сепсисом очень важна для начала ранней антибиотикотерапии, ведь это является критически важным для исхода.

Существуют 3 основные проблемы с диагностикой сепсиса. Во-первых, клинические симптомы не являются специфичными для сепсиса. Во-вторых, ни один биомаркер не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью для идентификации сепсиса в связи со сложной патофизиологией. В-третьих, сепсис – это гетерогенный синдром, не имеющий единой причины, фенотипа и биологических характеристик. В связи с этим, целью данной работы является сбор, анализ и систематизация информации о современных критериях и маркерах диагностики сепсиса.

Современные критерии диагностики:

1. Прогностические шкалы:

- чтобы предположить сепсис на этапе первичного контакта с пациентом существует шкала qSOFA и ее модификации, например, LqSOFA, по которой оценивают дыхательную функцию, артериальное давление и сознание, а также уровень лактата. Если пациент с предполагаемой инфекцией набирает 2 и более баллов по данной шкале, необходимо его более детальное обследование. По данной шкале можно лишь предположить диагноз сепсиса.

- для определения органной дисфункции в стационаре используется шкала SOFA, по которой оценивается дыхание, коагуляция, функция печени и почек, артериальное давление, уровень сознания по шкале комы Глазго. Для постановки диагноза достаточно повышения по шкале SOFA на 2 балла от исходного значения в сочетании с индентифицируемой/подозреваемой инфекцией.

2. Микробиологическое исследование крови является «золотым стандартом» идентификации возбудителя. Используется для подтверждения диагноза и определения этиологии инфекционного процесса; для обоснования выбора или смены режима антибиотикотерапии, а также оценки ее эффективности. Важно отметить, что наличие сепсиса не обязательно подразумевает бактериемию.

3. Для уточнения диагноза используются биологические маркеры: лактат (более 2 ммоль/л); прокальцитонин (более 2 нг/мл); С-реактивный белок (50 – 200 мг/л и более); проадренomedуллин; ширина распределения моноцитов; пресепсин.

4. Для назначения адекватной антибиотикотерапии в течение максимально короткого времени разрабатываются новые методы быстрой индентификации возбудителя и генов механизмов резистентности, например: ПЦР с праймерами и генами определенного возбудителя (SeptiFast); методы, основанные на амплификации универсальных генов микроорганизмов с последующим секвенированием и идентификацией (SepsiTest); методы, основанные на полногеномном секвенировании (NGS). Высокая стоимость анализов окупается снижением затрат на лечение.

Таким образом, при первичном контакте с пациентом оцениваются клинические проявления и используется шкала qSOFA. Далее на уровне стационара проводится полное обследование: общий анализ крови (обращаем внимание на лейкоциты, тромбоциты и ширину распределения моноцитов), биохимический анализ крови (обращаем внимание на креатинин, билирубин, прокальцитонин, СРБ), контроль диуреза, посев крови и мочи для идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам, оценивается полиорганная недостаточность по шкале SOFA. И в кратчайшие сроки начинается терапия.