

Wytyczne: Surviving Sepsis Campaign 2026

Co nowego dla Zespołów Kontroli
Zakażeń

lek. Michał Kuboń

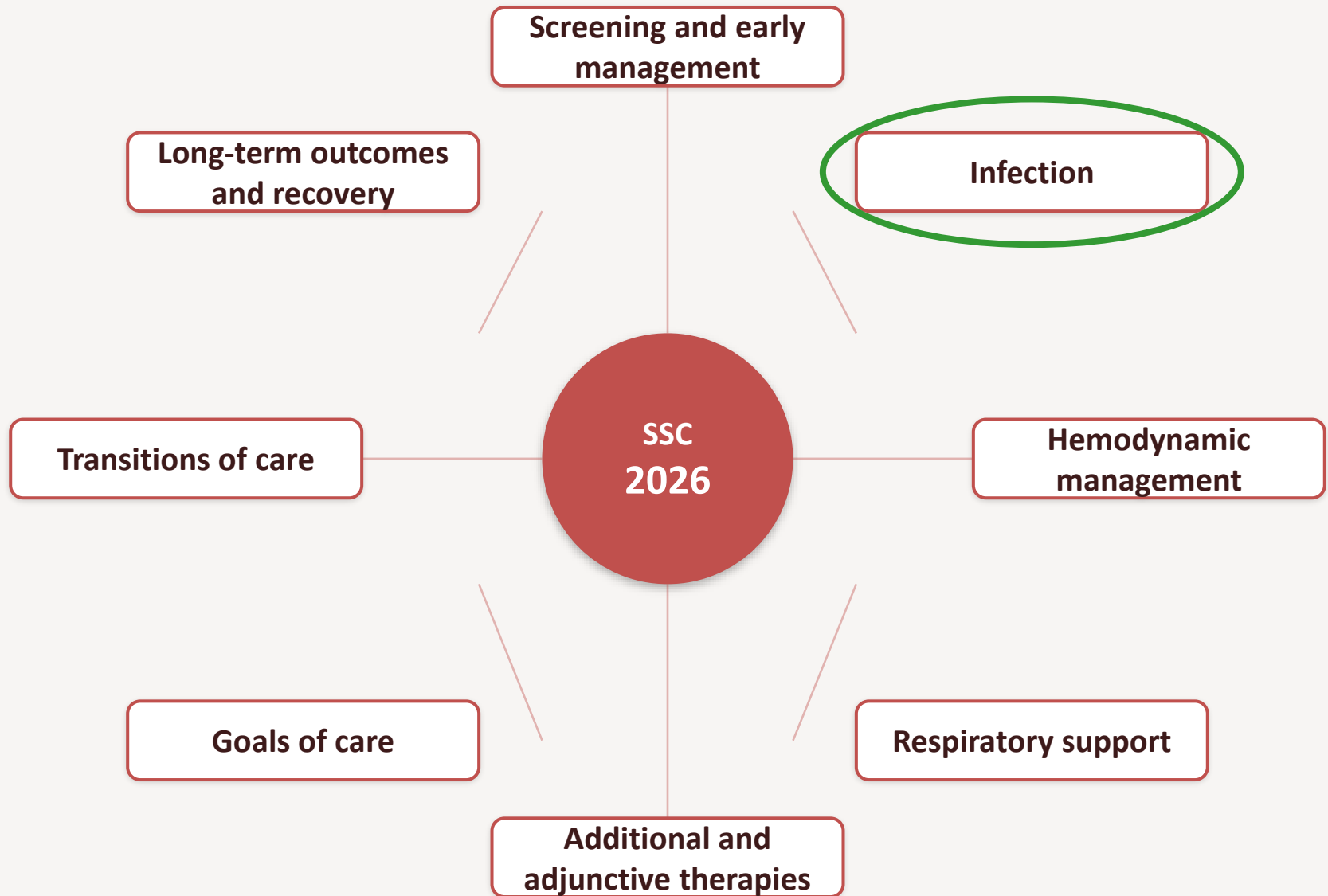
Definicja

[SEPSIS-3]

Sepsa zagrażająca życiu
dysfunkcja narządowa
spowodowana niewłaściwą
reakcją organizmu na zakażenie
(wzrost w skali SOFA ≥ 2 pkt)

Wstrząs septyczny – zaburzenia
metaboliczne i krążeniowe są tak
głębokie, że znacznie zwiększają
śmiertelność (hipotensja,
mleczany, konieczność
stosowania leków
wazopresyjnych)

Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026



Badania przesiewowe i wczesne zarządzanie

Wczesna identyfikacja



NEWS / NEWS 2 / MEWS / SIRS nad qSOFA

Sepsa jest diagnozą kliniczną i nie można jej potwierdzać ani wykluczać za pomocą pojedynczego biomarkera lub testu diagnostycznego

Pobranie posiewów krwi najszybciej jak to możliwe, najlepiej przed podaniem antybiotyków

Jakość pobranych posiewów (>10ml, 2 zestawy)

Sepsa – strategia postępowania

1

Pobierz posiewy i oznacz mleczany



2

Podaj antybiotyk



3

Resuscytacja płynowa

30 ml/kg m.c.



4

Wazopresory

Początkowo przez wkłucie obwodowe

Cel: MAP ≥ 65 mmHg [60 mmHg]

Zakażenie

Antybiotyk w ciągu 1h:

- możliwy, prawdopodobny lub potwierdzony wstrząs septyczny
- prawdopodobna lub potwierdzona sepsa (bez wstrząsu)

Antybiotyk ciągu 3h:

- możliwa sepsa (bez wstrząsu)

Zakażenie

Wstrzymanie wdrożenia antybiotykoterapii u chorych z niskim prawdopodobieństwem zakażenia

Jeśli prawdopodobne lub pewne rozpoznanie sepsy + hipotensja, a czas dotarcia do szpitala >1h – podaj antybiotyk już w ambulansie

Szybka ocena pod kątem punktu wyjścia oraz opanowanie punktu wyjścia (w ciągu 6h)



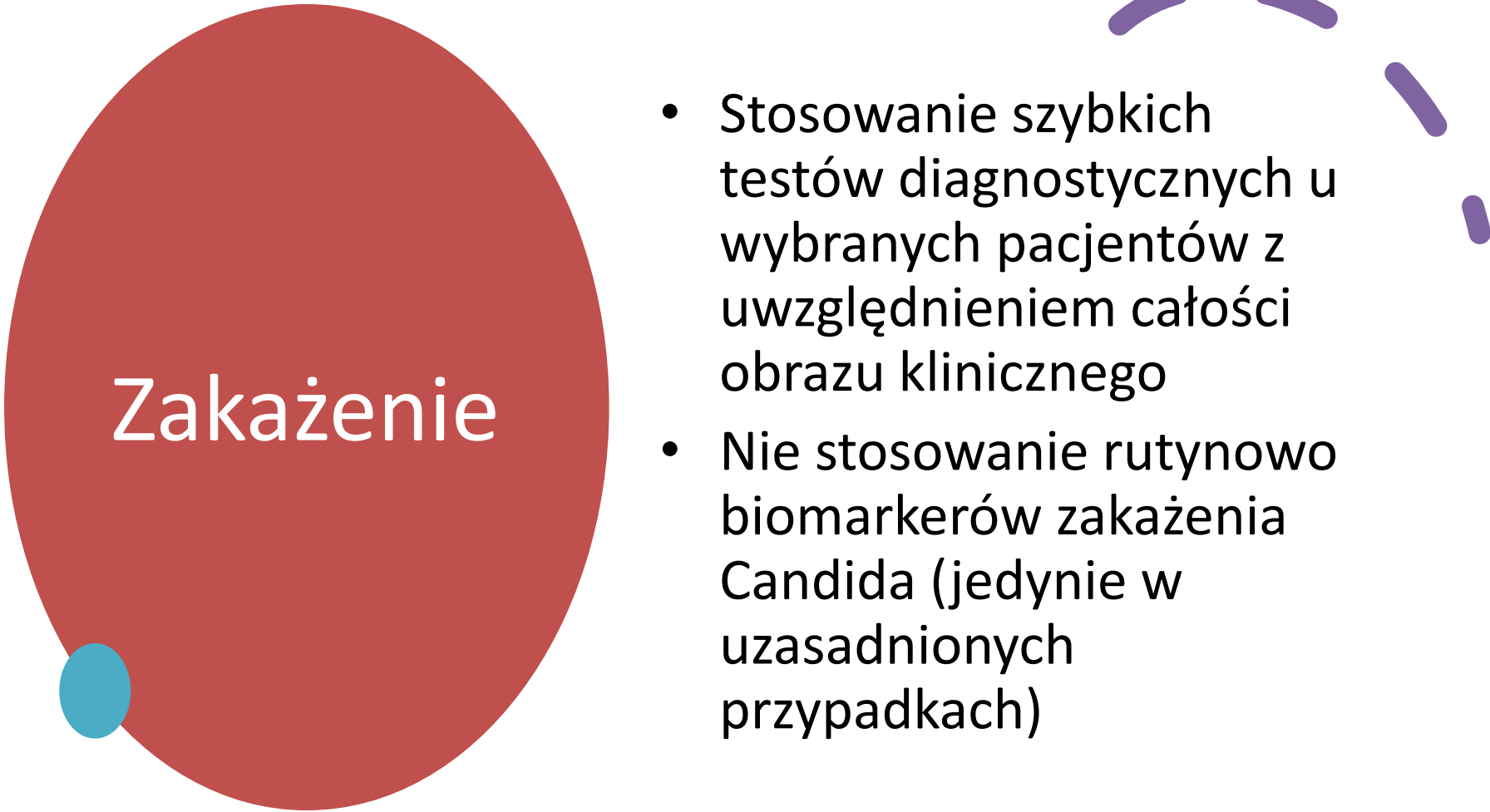
Zakażenie

MDR

- Wysokie ryzyko MDR – zalecenie zastosowania ATB pokrywającego ten patogen (kolonizacja lub zakażenie MDR w ostatnim roku, długotrwałe stosowanie ATB o szerokim spektrum oraz przedłużona hospitalizacja w szpitalu z wysoką częstością MDR)
 - Brak wysokiego ryzyka MDR – nie stosować ATB pokrywających MDR
- 

Zakażenie

- Nie stosować rutynowo leczenia p/grzybiczego (jeśli nie ma czynników ryzyka)
- Nie stosować rutynowo leczenia p/beztlenowcom (jeśli nie ma czynników ryzyka)



Zakażenie

- Stosowanie szybkich testów diagnostycznych u wybranych pacjentów z uwzględnieniem całości obrazu klinicznego
- Nie stosowanie rutynowo biomarkerów zakażenia Candida (jedynie w uzasadnionych przypadkach)

Zakażenie

Optymalizacja antybiotykoterapii:

- przedłużone wlewy beta-laktamów
- TDM w uzasadnionych przypadkach
- deeskalacja antybiotykoterapii po otrzymaniu wyników badań mikrobiologicznych
- rozważenie deeskalacji antybiotykoterapii przy braku rozpoznania mikrobiologicznego i poprawiającym się stanie pacjenta

Zakażenie

- Przewaga krótszego czasu antybiotykoterapii nad dłuższym
- W sytuacjach gdy optymalny czas leczenia jest niejasny zaleca się zastosowanie łącznie oceny klinicznej oraz prokalcytoniny celem zakończenia antybiotykoterapii
- Selektywne odkażanie przewodu pokarmowego (SDD)

Podsumowanie - rola ZKZ

- Mapy mikrobiologiczne
- Zapobieganie zakażeniom wtórnym
- Antibiotic stewardship
- Pomoc w opracowaniu i wdrażaniu procedury SEPSIS CODE
- Procedury wczesnego rozpoznawania zakażeń szpitalnych