

Презентация

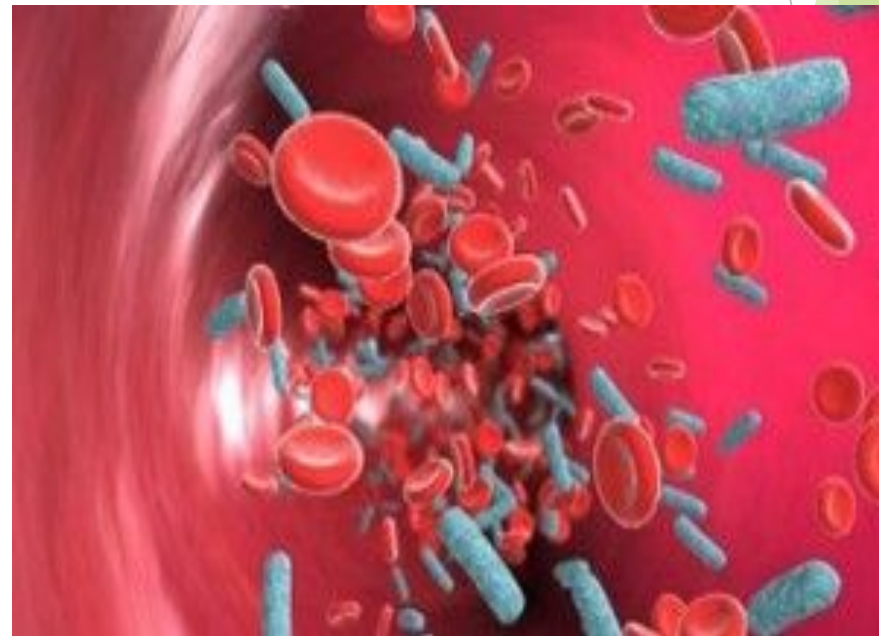
на тему: Определение показаний к хирургическому лечению при септическом шоке.

Подготовила: Сапронова О.

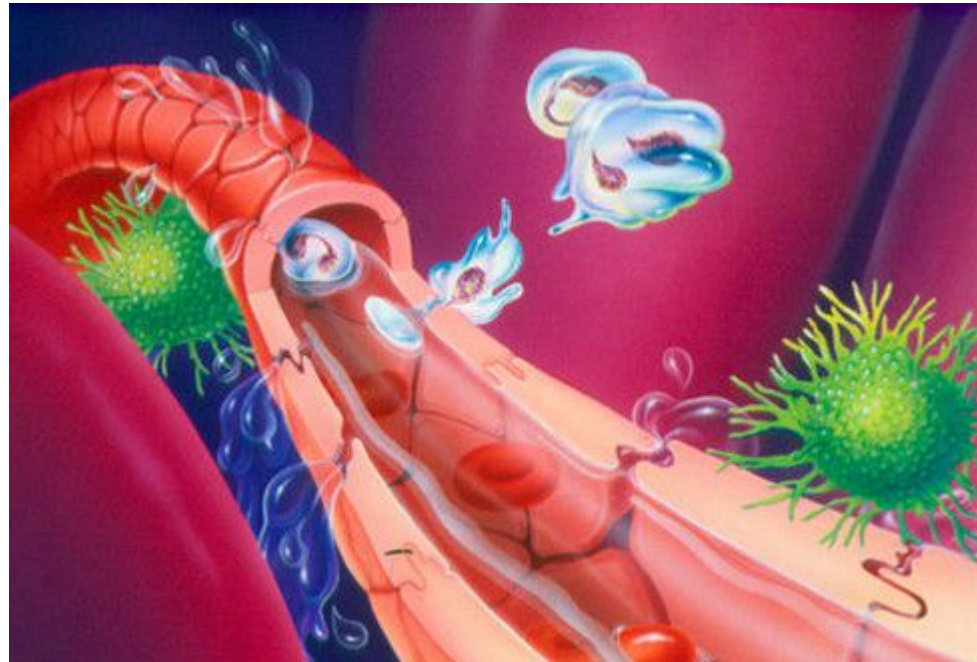


Септический шок

- ▶ Одним из самых тяжелых осложнений гнойно-септической инфекции любой локализации является септический шок (бактериально-токсический). Это особая реакция организма, возникающая в ответ на внедрение микроорганизмов или их токсинов и выражающаяся тяжелыми системными расстройствами. По частоте возникновения СШ стоит на третьем месте после геморрагического и кардиального, а по летальности - на первом.



- ▶ Для возникновения шока необходимо сочетание двух факторов:
- ▶ Снижение общей резистентности организма больной
- ▶ Наличие условий для массивного проникновения возбудителя и его токсинов в кровотоки. В акушерско-гинекологической практике в большинстве случаев очагом инфекции является матка

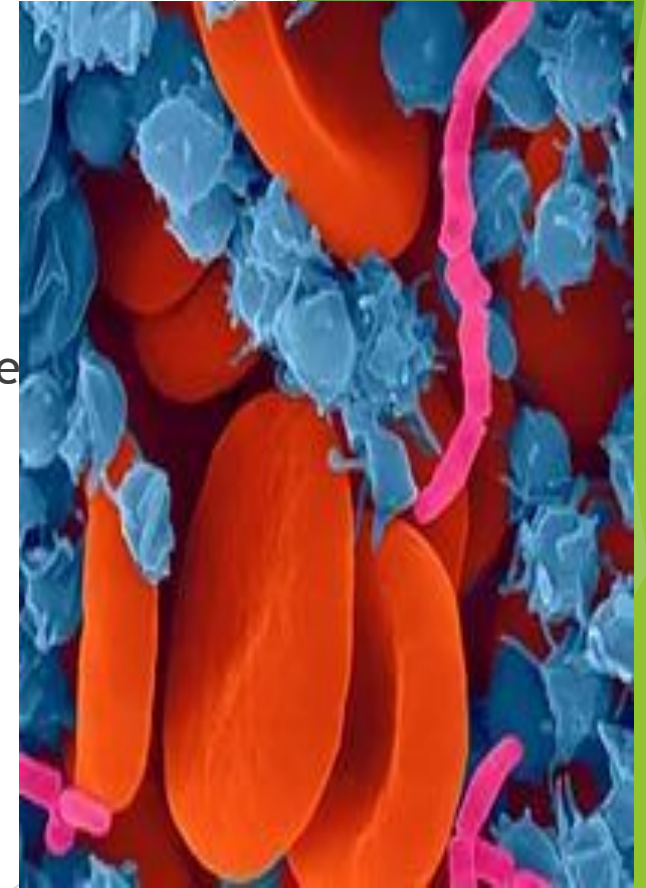


. Развитию шока в подобной ситуации способствуют несколько факторов:

- ▶ Беременная матка, являющаяся хорошими входными воротами для инфекции;
- ▶ Сгустки крови и остатки плодного яйца, служащие питательной средой для микроорганизмов;
- ▶ Особенности кровообращения беременной матки, содействующие легкому поступлению бактериальной флоры в кровеносное русло женщины;
- ▶ Изменение гормонального гомеостаза;
- ▶ Гиперлипидемия беременных, облегчающая развитие шока.

Патогенез:

- ▶ До настоящего времени в патогенезе СШ остается много неясного, особенности патогенеза зависят от факторов: Характера инфекции; Локализации очага инфекции; Особенности и длительности течения септической инфекции; Характера «прорыва» инфекции в кровеносное русло; Возраста больной, ее здоровье до СШ; Сочетание инфекции с травмой, геморрагией



- ▶ Гемодинамические нарушения при шоке
- ▶ Освобождение медиаторов: Гистамин, Кинины, Активир.
- ▶ Комплемент: Простагландины, Эндорфины.
- ▶ Воздействие на сосуды Воздействие на миокард, Снижение ОСС и ПСС
- ▶ Нарушение метаболизма Агрегация Тр, Эр, Лейк. клеток миокарда
- ▶ Нарушение реологии
- ▶ Снижение коронарного кровотока, образование кровотока микротромбов
- ▶ Повреждение клеток
- ▶ Угнетение миокарда, эндотелия снижение серд. выброса

Критерии диагностики СШ:

- ▶ Гипертермия выше 38,0 °C, озноб Эритродермия, переходящая в десквамацию эпителия Поражение слизистых оболочек
- ▶ Артериальная гипотония, ортостатический коллапс, нарушение сознания
- ▶ Синдром полиорганной недостаточности а) ж-кишеч. тракт: тошнота, рвота, диарея б) ЦНС: нарушение сознания без очаговой неврологической симптоматики
- ▶ в) почки: протеинурия, олигоурия, повышение мочевины, креатинина

- ▶ г) печень: повышение билирубина, активности ферментов более чем в 2 разад) кровь: анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гиперосмоляльность, снижение КОД, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, гипергликемия, гиперлактатемия, метаболический ацидоз;е) легкие: РДС взрослых, гипоксия, тахипноэж) с-сосуд. система: ишемия миокарда, гипер- и гиподинамический синдром, нарушение микроциркуляцииб. Септическое состояние или хирургические вмешательства на фоне инфекции



Диагностика

- - мониторинг АД, определение среднего АД, ЧСС, ЧД;
- - измерение температуры тела минимум через каждые 3 ч, особенно после озноба;
- - общий анализ крови (лейкоцитарная формула, гемоглобин, гематокрит);
- - исследование показателей свертывания крови - количество тромбоцитов, фибриногена, растворимых комплексов мономеров фибрина, продуктов деградации фибрина и фибриногена, антитромбина III, агрегации тромбоцитов;
- - бактериологическое исследование крови, особенно во время ознобов, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
- - ежечасный контроль диуреза, бактериологическое исследование мочи, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
- - определение концентрации электролитов в сыворотке (Na^+ , K^+), креатинина, газов артериальной крови, pH;
- - рентгеновское исследование грудной клетки;
- - определение в крови прокальцитонина, С-реактивного белка.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ отображают наличие тяжелого воспаления и степень полиорганной недостаточности.

- Степень интоксикации характеризуют **лейкоцитарный индекс интоксикации** (ЛИИ), которые рассчитывают по формуле :
$$\text{ЛИИ} = \frac{(С + 2П + 3Ю + 4Ми)(Пл - 1)}{(Мо + Ли)(Э + 1)}$$

в норме Ли = 1. Повышение индекса до 2-3 свидетельствуют об ограниченном воспалительном процессе, повышение до 4-7 – про значительный бактериальный компонент эндогенной интоксикации. Лейкопения с высоким Ли – плохой прогностический показатель для больных с септическим шоком.

Инфузионная терапия

Используют кристаллоиды, рефортан, нативная или свежезамороженная плазма.

Иннотопная поддержка (ДОПАМИН или ДОБУТАМИН), при неэффективности комплексной гемодинамической терапии – ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ.

Хирургическое лечение

Показание к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами:

- Отсутствие эффекта от проведения интенсивной терапии.
- Наличие в матке гноя.
- Маточное кровотечение.
- Гнойные образования в области придатков матки.

Хирургическое лечение



Показания:

- неуверенность в диагнозе.
- инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений.
- стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 сут.
- по данным КТ с контрастным усилением – распространенность некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство.

ДЕКОНТАМИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА -ЦЕФУРОКСОЗИД по 1 ч/л через постоянный зонд 3-4 раза в сутки.

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ +ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

- Монотерапия : ИМИПЕНЕМ (ТИЕНАМ) в/в инфузия по 500 мг 4 р/сутки или
- Комбинированная терапия: АУГМЕНТИН 1,2 в/в через 8 часов, ЦЕФАЛОСПОРИНЫ III-IV генерации в/в инфузия 2 г через 8 часов + АМИНОГЛИКОЗИДЫ (АМИКАЦИН 7,5 мг/кг 2 р/сутки) + МЕТРОНИДОЗОЛ (100 мг 2 р/сутки) + ВАНКОМИЦИН; либо ФТОРХИНОЛОНЫ II-III генерации (ЦИФРАН, ТАВАНИК 500мг) + МЕТРОНИДАЗОЛ (100 МГ 2 Р/СУТКИ В/В КАПЕЛЬНО).

Литература

- ▶ Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патологоанатомическая диагностика: Практическое руководство. - М.: Издательство НЦССХ им А.Н. Бакулева, 2004. - 130 с.
- ▶ Руководство по хирургическим инфекциям / Под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. - Спб.: «Питер», 2003. - 85
- ▶ Chhabra S., Kaipa A., Kakani A. Reduction in maternal mortality due to sepsis. //J. Obstet. Gynaecol. - 2005 - Feb;25(2) - P.140-2

Эфферентные методы лечения

- Плазмаферез в первые часы при септическом шоке и в первые сутки после операции, связанной с удалением органов;
- Плазмофильтрация или гемофильтрация – в последующие сутки после операции или выведения больной из шока;
- Переливание РОВОАК – в 1-е сутки после операции или после выведения больной из шока;
- Профилактика тромбоэмболических осложнений : ФРАКСИПАРИН 0,3 (0,6 мл) или КЛЕКСАН 1 мг/кг через 24 часа после операции 1 раз

Спаси́бо за внима́ние!!!

