

**ОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ.**

КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.

**Презентация на тему: сепсис. Определение, этиология,
патогенез, классификация, диагностика, лечение.**

**Подготовили ст.468 гр. Стоматологического
факультета:**

Акопян Сюзанна Кареновна

Жменько Алина Александровна

Омск-2017

ПЛАН:

- Введение
- Терминология сепсиса
- Характеристика сепсиса
- Классификация сепсиса
- Этиология сепсиса
- Патогенез сепсиса
- Формы клинического течения сепсиса
- Симптомы сепсиса
- Септический шок
- Тяжелый сепсис
- Лечение сепсиса
- Заключение
- Список используемой литературы



□ 1. Вступление

Сепсис, или "заражение крови", издавна считается одним из самых опасных и тяжелых осложнений хирургической раневой инфекции, уносящих множество жизней раненых и хирургических больных. Несмотря на достижения современной медицины и значительные успехи в борьбе с хирургической инфекцией, сепсис остается одной из наиболее сложных и недостаточно изученных общеклинических и хирургических проблем.

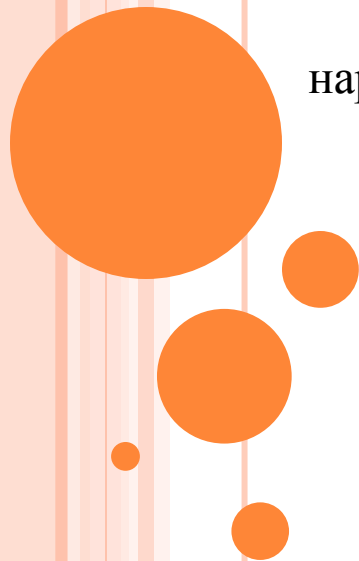


Сепсис - это тяжёлое инфекционное заболевание человека,

которое развивается как системная воспалительная реакция при

попадании в кровь инфекционных агентов или их токсинов. «В

народе» сепсис называют заражением крови.

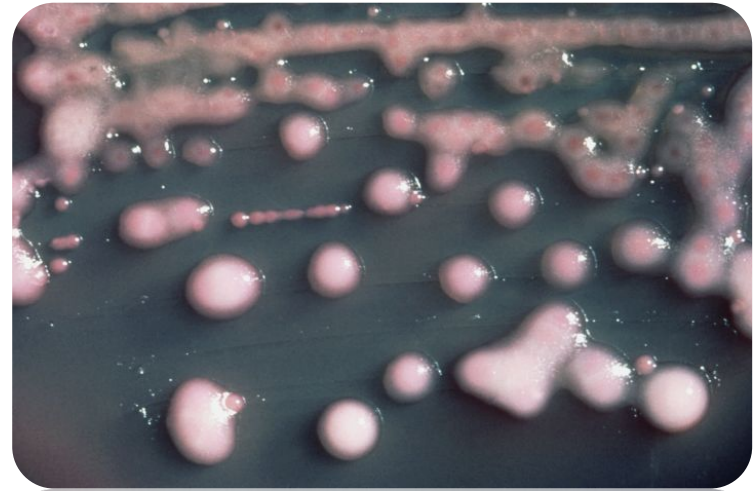




ЭТИОЛОГИЯ

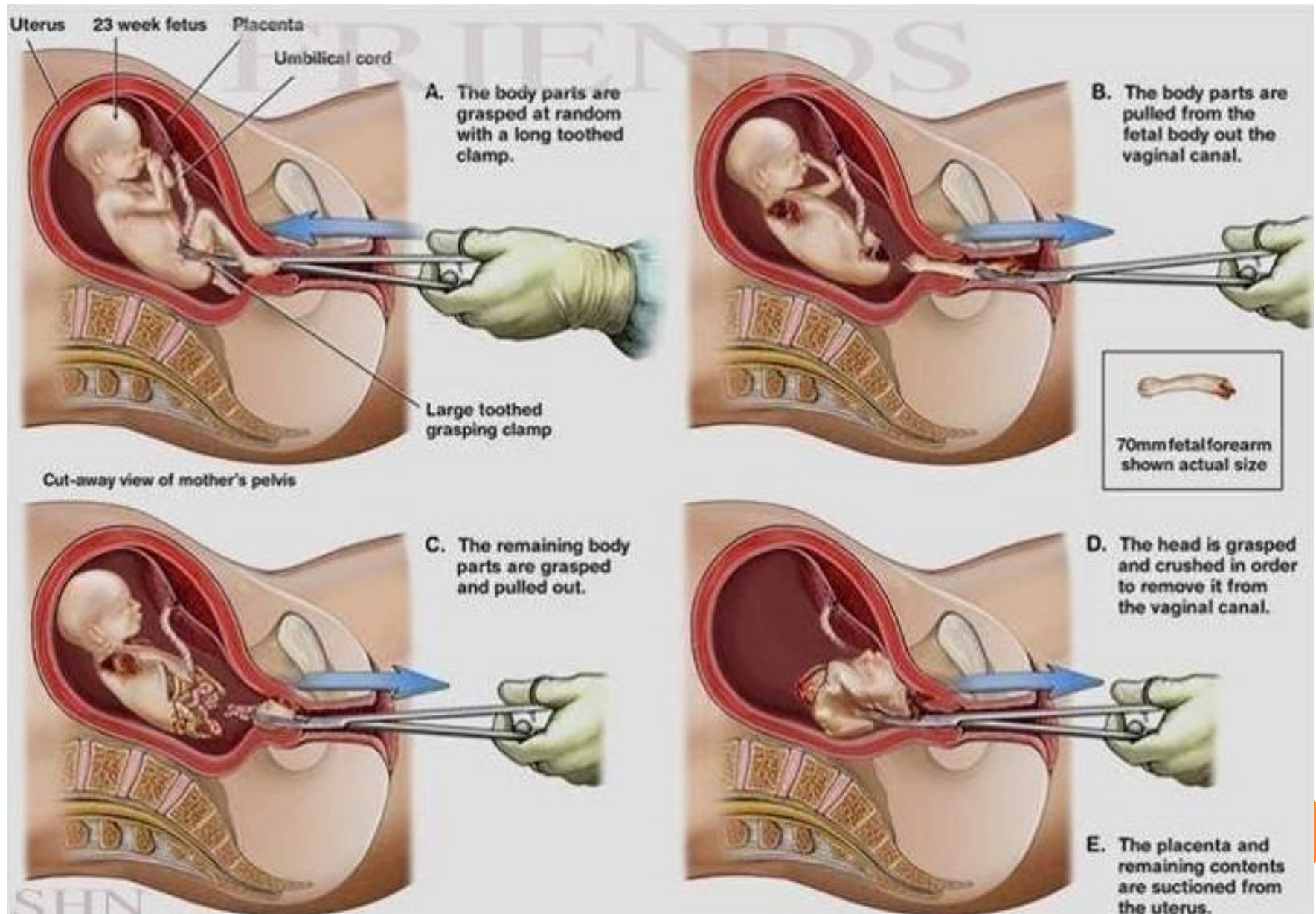
- Возбудителями сепсиса могут быть любые бактерии (стафилококки, стрептококки, пневмококки, менингококки, сальмонеллы, энтерококки, синегнойная палочка, клебсиелла) или грибы (рода *Candida*, *Aspergillus*). Возникновение сепсиса обусловлено не столько свойствами самого возбудителя, сколько состоянием иммунной системы человека, в частности неспособностью к локализации возбудителя в первичном очаге инфекции. Один и тот же стафилококк может у отдельных лиц находиться на слизистых оболочках без развития какой-либо патологии, а у других - вызвать сепсис с летальным исходом. Наиболее часто сепсис развивается у людей с ослабленным иммунитетом вследствие тяжелых заболеваний, обширных операций, обильной кровопотери, недостаточного питания или применения иммуносупрессивных препаратов.





- Попадание инфекционных агентов в кровеносное русло может произойти либо при генерализации какой-либо местной инфекции, либо при занесении микроорганизмов извне при оперативных вмешательствах, катетеризации вен и других медицинских манипуляциях. Первичным септическим очагом может быть любая инфекция мягких тканей, костей, суставов и внутренних органов: обширная раневая или ожоговая поверхность, гнойные заболевания кожи (карбункул, фурункул, флегмона), остеомиелит, инфекции мочеполовых путей и др. Особого внимания требуют инфекционные осложнения после родов или аборта, «входными воротами» инфекции в таком случае является слизистая оболочка матки. Во времена, когда медицинский аборт был запрещен, и операции выполнялись подпольно в нестерильных условиях, сепсис был основной причиной смерти беременных женщин.





ПАТОГЕНЕЗ ОБЩЕЙ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТРЕМЯ ФАКТОРАМИ:

- 1) микробиологическим, т. е. видом, вирулентностью, количеством и длительностью воздействия попавших в организм бактерий;
- 2) очагом внедрения инфекции, т. е. областью, характером и объемом разрушения тканей, состоянием кровообращения в очаге и др.;
- 3) реактивностью организма, т. е. состоянием иммунобиологических сил организма, его органов и систем и др.
- В зависимости от различных сочетаний перечисленных факторов сепсис может развиваться через несколько часов после получения повреждений (ранний сепсис) или выявиться через несколько недель или даже месяцев после появления воспалительного очага (поздний сепсис). Ранние формы сепсиса обычно протекают более остро, иногда молниеносно, а поздние формы чаще имеют более медленное, хроническое течение. Тяжесть и быстрота течения септического процесса определяются соотношением сил макроорганизма и внедрившихся в него микроорганизмов.



Менингококковый сепсис



Менингококковый сепсис может вызвать серьезные повреждения кожи и подлежащих мягких тканей, требующие пластической хирургии.

Срок «инкубации» (периода между заражением кожной и подлежащих мягких тканей и развитием симптомов менингококкового сепсиса) обычно составляет от 2 до 10 дней.



КЛАССИФИКАЦИЯ СЕПСИСА

- **1. По возбудителю:**
- а) стафилококковый,
- б) стрептококковый.
- в) пневмококковый,
- г) гонококковый,
- д) колибациллярный,
- е) анаэробный,
- ж) смешанный



□ **2. По источнику:**

- а) раневой,
- б) при внутренних болезнях (ангина, пневмония и др.),
- в) послеоперационный,
- г) криптогенный.

□ **3. По локализации первичного очага:**

- а) гинекологический,
- б) урологический,
- в) отогенный,
- г) одонтогенный



□ **4. По клинической картине:**

- а) молниеносный,
- б) острый,
- в) подострый,
- г) рецидивирующий,
- д) хронический.

□ **5. По времени развития:**

- а) ранний (развившийся до 10-14 дней с момента повреждения),
- б) поздний (развившийся позже 2 нед. с момента повреждения).



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Жалобы. Больные сепсисом предъявляют множество разнообразных жалоб, которые не всегда отражают тяжесть его состояния.
- Наиболее характерными являются на повышенную температуру, ознобы, проливной пот. Менее специфичные — слабость, бессонница, потеря аппетита, профузные поносы.
- Гипертермия является одним из постоянных и типичных симптомов сепсиса. Температурная реакция может быть трех видов:
 - ремитирующий тип;
 - волнообразный тип;
 - постоянный тип.

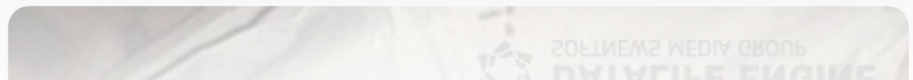


- **Ремитирующий тип.** Характерны суточные колебания. Разница между утренней и вечерней температурой составляет 2-3 °С. Наблюдается при остром сепсисе с метастазами. Температура снижается в момент подавления инфекции и ликвидации гнойного очага, а повышается при его образовании.
- **Волнообразный тип.** Характерны волнообразные повышения температуры, периоды субфебрильной температуры после санации гнойного очага сменяются подъемом до 39-40°С. Резкое повышение температуры обусловлено образованием новых гнойных очагов (метастазов). Наблюдается главным образом при подостром сепсисе.
- **Постоянный тип.** Температура удерживается на высоких цифрах, имеет тенденцию к повышению с небольшими суточными колебаниями. Разница между утренней и вечерней температурой не более 0,5 или реже 1°С. Наблюдается при токсических формах при септическом шоке, молниеносном и крайне тяжелом остром сепсисе.



- У больных сепсисом очень быстро развиваются пролежни. Поэтому в области крестца, лопаток, остистых отростков позвонков, седалищных бугров можно выявить гиперемю, побледнение или участки некроза.





ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение сепсиса комплексное, включает массивную антибактериальную или противогрибковую терапию, дезинтоксикационную терапию. Должно проводиться в условиях отделения интенсивной терапии. В некоторых случаях может потребоваться переливание компонентов крови.
- Прогноз при любой форме сепсиса всегда серьезен. Чем раньше начато лечение, тем выше вероятность полного выздоровления. Сложность диагностики и лечения сепсиса заключается в наличии большого количества стертых форм, когда клиническая картина не столь яркая.



- Полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин, метициллин, диклоксациллин) назначают по 3-8 г в сутки,
- К средствам, повышающим реактивность организма, относятся переливание крови, плазмы, эритроцитной массы, внутривенные введения 10% этилового спирта, 10% раствора хлорида кальция, ультрафиолетовое облучение
- Кортикостероиды в порядке заместительной терапии применяют лишь при определении гормонального фона. При осложнении сепсиса бактериально-токсическим шоком в первые сутки назначают преднизолон до 500-800 мг и затем по 150-250 мг в сутки на короткий период (2-3 дня). Кортикостероиды в обычных терапевтических дозах 100-200 мг в сутки назначают в случаях возникновения аллергических реакций при сепсисе



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Гостищев В. К. "Общая хирургия", М., 1993 г., 608с.
- 2) Струков А.И. "Патологическая анатомия", М., 1985г., 655с.
- 3) Стручков В. И. и др. "Руководство по гнойной хирургии", М., 1984 г., 512с.
- 4) Петров С. В. "Общая хирургия", 1999 г., 750с.
- 5) Кузин М. И. "Раны и раневая инфекция", М., 1990 г., 592с.

