

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВДАЛОГО ЛІКУВАННЯ СЕПТИЧНОГО ШОКУ

**М. М. Кричфалушій, Я. В. Кирилук, Я. В. Ботюк,
С. М. Бойко, Л. І. Білоус, О. П. Сидоренко**

Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер

Резюме. У статті описаний клінічний випадок вдалого лікування септичного шоку, що виник у ранньому післяопераційному періоді після тотальної декортикації з плеврэктомією у поєднанні із нижньою лобектомією справа.

Ключові слова: Септичний шок, декортикація з плеврэктомією.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

**М. М. Кричфалуший, Я. В. Кирилук, Я. В. Ботюк,
С. М. Бойко, Л. И. Белоус, О. П. Сидоренко**

Резюме. В статье описан клинический случай успешного лечения септического шока, что развился в раннем послеоперационном периоде после тотальной декортикации с плеврэктомией в сочетании с нижней лобэктомией справа.

Ключевые слова: септический шок, декортикация с плеврэктомией.

THE CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF SEPTIC SHOCK

**M. M. Krichfalushiy, Ya. V. Kirilyuk, Ya. V. Botyuk,
S. M. Boyko, L. I. Bilous, O. P. Sydorenko**

Summary. The clinical case of successful treatment of septic shock in early postoperative period after total decortication with pleurectomy in combine with right lower lobectomy is described in the article.

Keywords: septic shock, decortication with pleurectomy.

Адреса для листування:

Ботюк Ярослав Васильович

Тернопільський обласний комунальний

протитуберкульозний диспансер

47722, Тернопільський р-н, с. Великі Гаї, вул. Підлісна, 26А

Септичний шок являє собою тяжке захворювання, при якому смертність становить, за статистичними даними, від 50 до 90 % випадків. Тому кожний приклад вдалого лікування заслуговує значної уваги [1–5].

Клінічний випадок. Хворий К., 62 роки. Прооперований 24.01.2011 р. з приводу тотальної емпієми правої плевральної порожнини з формуванням регідної легені. Операція — нижня лобектомія справа, тотальна плеврэктомія, декортикація справа — проведена під внутрішньовенним наркозом із застосуванням розчину кетаміну (2 мл), фентанілу (22 мл), барбітуратів та атарактиків (у субнаркоотичних дозах), міоплегії та ШВЛ. Операція тривала 3 год 15 хв, при цьому видалено близько 500 мл гнійного випоту. Наркоз протікав без ускладнень. Вихід з наркозу без особливостей. В операційній після відновлення м'язового тону-су, адекватного, глибокого, спонтанного дихання проведена екстубація трахеї. Пацієнта на лежачій каталиці переведено у ВАІТ.

Через 2 год у пацієнта стан раптово погіршився. Черговий анестезіолог відмітив у нього виражений ціаноз, сопор, пониження показників гемодинаміки до критичних значень (АТ — 55/20 мм. рт. ст., ЧСС — 150/хв, порушення функції зовнішнього дихання (SpO_2 — 47 %)), відсутність сечі. Виставлено діагноз — септичний шок.

У режимі швидкого реагування пацієнта підключено до кисню через лицеву маску (зволожений кисень — 5 л/хв). У зв'язку з неадекватним диханням пацієнта перевели на ШВЛ, сатурація поступово зросла до 92–94 %. Для стабілізації ге-

модинаміки внутрішньовенно вводили розчини кристалоїдів та колоїдів, розчини адреналіну гідрохлориду (0,1 % — 3 мл з періодичністю в 5 хв) та атропіну сульфату (0,1 % — 3 мл з періодичністю в 5 хв). Проведено інфузію розчину дофаміну (4 % — 20 мл) із 0,9 % розчином натрію хлориду, розчину дексаметазону (4 мг), розчину метилпреднізолону (2 г). Артеріальний тиск стабілізований на рівні 100/60 мм. рт. ст., ЧСС — 100/хв, SpO_2 — 92–94 %.

За результатами додаткових методів обстеження виявлено анемію (Hb — 60 г/л), лейкоцитоз (15 000), збільшену ШОЕ (55 мм/год), гіперкоагуляцію (час рекальцифікації плазми — 60 сек, протромбін — 110 %, фібриноген — 4,0 г/л).

Таким чином, прояви гострої серцево-судинної недостатності (дистрибутивний шок) супроводжувалися поліорганною недостатністю: гострим запальним ушкодженням легенів з неадекватністю функції зовнішнього дихання та гіпоксичною гіпоксією (SpO_2 — 47 %), гострою нирковою недостатністю та гострою серцевою недостатністю (АТ — 55/20 мм. рт. ст., ЧСС — 150/хв).

Згідно бальної шкали SOFA стан хворого розцінювався в межах 12–13 балів з ймовірним рівнем летальності понад 85 %.

Хворому проводили посиндромну терапію протягом 7 діб, після чого він був переведений у загально-соматичне відділення, а через 2,5 міс виписаний із стаціонару в задовільному стані.

Клінічний аналіз даного випадку. Вважаємо, що позитивного результату було досягнуто завдя-

ки своєчасному і раціональному посиндромному лікуванню.

1. Для стабілізації гемодинаміки проводили інфузійну терапію: 5 % розчин глюкози в складі поляризувальної суміші в добовому об'ємі 1600 мл, фізіологічний розчин в добовому об'ємі 2000 мл, Реосорбілакт в добовому об'ємі 600 мл, Рінгер-лактат — 200 мл, 10 % розчин альбуміну — 200 мл, 6 % розчин Стабізолу — 500 мл, свіжозаморожена плазма — 500 мл, еритроцитарна маса — 180 мл.
2. Для лікування гострої дихальної недостатності застосували ШВЛ у режимі ВІРАР (РЕЕР+5 мм. рт. ст., протягом 12 год) з переходом на постійну інгаляцію зволеним киснем 5л/хв (протягом 2 діб).
3. Для попередження ДВС-синдрому використали трансфузію кріоконсервованої плазми (у загальному об'ємі 750 мл) та введення Фраксипарину (0,3 МО).
4. Для ліквідації явищ анемії провели трансфузію еритроцитарної маси (у загальному об'ємі 450 мл).
5. Для регресу ниркової недостатності — підтримка систолічного артеріального тиску на рівні більше 110 мм. рт. ст. за рахунок адекватного об'єму інфузійної терапії та використанням сечогінних препаратів (Фуросемід) з контролем погодинного діурезу (більше 0,5 мл/кг/год).
6. Антибіотикотерапію проводили цефалоспорином ІУ покоління (цефепім 2 г кожні 12 год).
7. Стабілізували рівень глюкози крові та проводили ранню активацію шлунково-кишкового тракту.

Висновок. Раннє цілеспрямоване лікування септичного шоку підвищує прогностичні дані щодо виживання.

При лікуванні септичного шоку одним з найважливіших компонентів є своєчасна і збалансована інфузійно-трансфузійна терапія, яка значно покращується прогноз для виживання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Курсов С. В., Михневич К. Г. Интенсивная терапия тяжелого сепсиса и септического шока с учетом рекомендаций экспертов движения за выживаемость при сепсисе. Медицина неотложных состояний. — 2011. — № 7–8. — С.17–23.
2. Ковальчук Л. Я., Гнатів В. В. Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів: Навчальний посібник. — Тернопіль:Укрмедкнига, 2003. — С. 123–125.
3. Robert R. Kirby, Robert W. Taylor Handbook of Critical Care. — С. 232–237, 410–417.
4. Керівництво з інфекційних хвороб/ ред. — Член-кориспонтент РАМН проф. Ю. В Лобзин. «Видавництво Фоліант», 2000. — С. 352–362.
5. Руководство по интенсивной терапии /А. В. Беляев, М. В. Бондарь, А. М.Дубов и др., Под ред. А. И. Трещинского, Ф. С. Глумчера. — К.: Вища шк., 2004. — С. 418–430.