

Осложнение антибиотикотерапии в виде реакции Яриша – Герксгеймера проявляется симптомами гектической лихорадки на фоне нормализующегося течения заболевания вследствие развития новой волны эндотоксикоза вплоть до шока. Причина – медиатоз, зависимый от жизнедеятельности антибиотиков, т.е. «взрыв» конкурентной условно-патогенной флоры в крови. Диагностика синдрома основана в том числе на отмене антибиотиков в течение 2-3 дней.

3) Очень важно поддержание адекватного транспорта кислорода (более чем у здорового – 600 мл кислорода на 1 кв.м), что является ключевой аксиомой.

4) Лечение синдрома кишечной недостаточности с целью прерывания транслокации бактерий и их токсинов: энтеросорбция (хитозан), селективная деконтоминация желудочно-кишечного тракта, восстановление его моторики. Перспективно и применение пектина.

5) Купирование органной недостаточности, включая соединительнотканые трофологические и иммунотерапевтические препараты.

Интенсивное лечение базируется на мониторинговании основных процессов (прямое АД, ЦВД, моча по катетеру, катетер Сван-Ганца, электролиты, газы крови). Устранение анемии до уровня гемоглобина более 10 г/л. Устранение ацидоза и выравнивание электролитного статуса. Необходимо помнить о следующем правиле: интенсивная терапия – очень «узенькая дорожка». Чрезмерное вливание жидкости ведет к отеку, а применение вазопрессоров сопровождается ишемией органов. Важно прогнозировать течение дальнейшего развития болезни.

## **Глава 5. ОСТРЫЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ**

### **5.1. Анаэробная клостридиальная инфекция (газовая гангрена)**

Летальность при газовой гангрене очень высока и составляет 75%. Встречается преимущественно в военное время. В мирное время она несравненно реже, однако, особенно, в сельской местности она не теряет значения и в мирное время.

*Этиология.* Путь заражения – контактный. Возбудителями анаэробной инфекции чаще всего являются микробы из «группы четырех»: *B. perfringens*, *B. oedematiens* maligni, *B. histolyticus*, *Cl.septicum*. Выделяют экзотоксины, лизирующие мышечную и соединительную ткань с развитием гемолиза, тромбоза сосудов, выраженным токсикозом и дистрофией миокарда, печени, почек. Заражение происходит через открытые глубокие раны, ссадины, уколы, чаще на ногах; особенно опасны глубокие узкие раневые ходы с разможением мышц, куда затруднен доступ воздуха. Вспышка инфекции возможна из дремлющих очагов спустя много лет.

*Клиника.* Инкубационный период от нескольких часов до 2-3 недель (чаще через 3-4 суток).

Начало и течение бурное. Очень быстро, иногда на протяжении нескольких часов («молниеносная» форма) развивается тяжелейшая, быстро прогрессирующая