

ΑΑ.25

Marinov
Lyuben

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Η καθυστέρηση της διάγνωσης και της έγκαιρης έναρξης της θεραπείας των χειρουργικών λοιμώξεων, αυξάνει τις πιθανότητες σήψης και ανάπτυξης του Συνδρόμου πολυοργανικής ανεπάρκειας.

● Η τοπική χειρουργική λοίμωξη, εκδηλώνεται με τα ακόλουθα κλινικά σημεία:

1. ερυθρότητα,
2. θερμότητα,
3. διόγκωση και
4. πόνος και απώλεια της λειτουργικότητας του μέλους.

Εάν η θεραπεία της χειρουργικής λοίμωξης καθυστερήσει, αυξάνονται οι πιθανότητες σήψης και ανάπτυξης πολυοργανικής ανεπάρκειας.

● Τα κλινικά σημεία της σήψης είναι τα ακόλουθα:

1. ταχυκαρδία,
2. ταχύπνοια,
3. πτώση της αρτηριακής πίεσης
4. πυρετός ή ολιγουρία
5. καρδιακή βλάβη.

Στις περισσότερες βακτηριακές λοιμώξεις, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των WBC ή σχετική λεμφοπενία. Μεγάλη διαγνωστική σημασία έχει η πολυμορφοπυρήνωση.

- Η Λεμφοκυττάρωση, χαρακτηρίζει τις ιογενείς λοιμώξεις.
- Η αύξηση των Μονοκύτταρων, τη φυματίωση.
- Η Ιωσινοφιλία της παρασιτικές και αλλεργικές παθήσεις.

Η σηψαιμία, η πνευμονοκοκκική πνευμονία, το ηπατικό απόστημα, η νέκρωση του εντέρου και η χολλαγγειίτιδα, προκαλούν συνήθως αύξηση των WBC μεγαλύτερη των $25.000/\text{mm}^3$. Σε περίπτωση εμφάνισης πυρετού μετά από χειρουργική επέμβαση, πρέπει να γίνεται α/α θώρακος, για την ανάδειξη πιθανών ατελεκτασιών, και την ύπαρξη υποδιαφραγματικών ενδοκοιλιακών φλεγμονών. Σημαντικά διαγνωστικά εργαλεία για τις ενδοκοιλιακές φλεγμονές είναι η CT και το U/S.