

Was ist gesichert in der Therapie des....septischen Schocks?

Der septische Schock ist unverändert ein häufiges intensivmedizinisches Krankheitsbild mit unverändert hoher Mortalität von 40-60%. Dabei beschreibt der septische Schock den klinischen Zustand eines septischen hypotonen Kreislaufversagens unter adäquater Volumensubstitution und mit konsekutiver Organdysfunktion, dabei ist der Übergang von der schweren Sepsis in den septischen Schock fließend. Klassischerweise ist die Ursache der Sepsis eine Infektion und der septische Schock das Resultat eines progredienten Organ- und Kreislaufversagens, allerdings kann auch eine nicht primär infektiöse Ursache das gleiche klinische Erscheinungsbild bedingen. Allen Formen gemeinsam ist die Aktivierung von Immunzellen mit konsekutiver Freisetzung von proinflammatorischen Mediatoren sowie pathologischer Aktivierung des Gerinnungs- u. Komplementsystems.

Die derzeit bestehenden Therapieprinzipien können gegliedert werden in die kausale, supportive und adjunktive Therapie. Da der Zeitfaktor bis zum Erreichen einer verbesserten Kreislaufsituation bzw. Mikrozirkulation für das Fortschreiten des Organversagens besondere Relevanz hat, wird zudem unter dem Begriff der „Early Goal Directed Therapy“ die zielgerichtete frühe Kreislaufstabilisierung besonders betont. Mittels einfachen Therapiealgorithmus wird dabei durch Volumentherapie (bevorzugt kristalloide Lösungen oder Erythrozytenkonzentrate bei HK<30%), Therapie mit Inotropika (bevorzugt Dobutamin) und Vasopressoren (bevorzugt Noradrenalin) eine zentralvenöse O₂-Sättigung>70%, ein ZVD von 8-12 mm Hg sowie ein mittlerer arterieller Druck >65 mm Hg angestrebt; des Weiteren sind ein niedriges Laktat sowie eine Diurese >0,5ml/kg/h Surrogatparameter für eine suffiziente Kreislaufsituation. Die gezielte Sanierung (Drainage, Katheterwechsel, Wund-Debridement, Laparo- oder Thorakotomie u.a.) eines möglichen infektiösen Fokus sowie die frühzeitige zunächst meist kalkulierte Antibiotikatherapie sind die entscheidenden Handlungsweisen der kausalen Sepsistherapie. Dahingegen beeinflussen die weiteren supportiven Therapiemaßnahmen wie „protektive“ Beatmung mit Atemzugvolumen ca. 6ml/kg und Spitzendruck ca. 30 cm H₂O, Dialyse bei Nierenversagen, Transfusionstherapie bei Hb< 7-8 g/dl, Insulintherapie (BZ< 150 mg/dl) oder Ernährungstherapie (frühzeitige partielle oder totale enterale Ernährung) den Krankheitsverlauf ebenfalls positiv. Adjunktive Therapien wie die Hydrocortisontherapie über 7 Tage bei Patienten unter Vasopressortherapie und besonders mit ARDS sowie insbesondere die frühzeitige Applikation von aktivierten Protein C zur Beeinflussung der Gerinnungsstörung bei Patienten mit APACHE-II >25 sind weitere gesicherte Therapien, wohingegen die Gabe von AT-III, Immunglobulinen oder derzeit auch Selen nicht empfohlen wird. Prophylaktisch wird die Thrombose- u. Stressulkusprophylaxe sowie die Oberkörperhochlagerung und die selektive (intravenöse) Darmdekontamination bei Beatmungspatienten angewandt.