

Х. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

Применение методов экстракорпоральной детоксикации в составе комплексной терапии хронических посттравматических остеомиелитов

Туханов В.В., Башкиров А.Г., Гаев А.В., Жиялов А.В.

При лечении больных хроническим посттравматическим остеомиелитом всегда большой проблемой является коррекция иммунного статуса, адекватная детоксикация, что наряду с другими способами терапии могут улучшить послеоперационный прогноз и создать условия для длительной ремиссии.

Многие из таких больных перенесли травматический шок, сепсис, синдром гиперкатаболизма в раннем посттравматическом периоде, что, безусловно, оказало немаловажную роль в формировании хронического остеомиелита. Кроме того, эти больные получали, как правило, несколько курсов мощной антибактериальной терапии, что привело к нарушению качественного и количественного соотношения кишечной флоры, то есть к дисбактериозу, который в свою очередь является мощным иммуносупрессором, нарушающим процессы репарации и поддерживающим бактериемию за счет трансмиссии через кишечную стенку.

Целью данного исследования является разработка схемы обследования и лечения больных хроническим посттравматическим остеомиелитом в пред- и послеоперационном периодах.

В данный момент по этой методике обследовано и пролечено 15 больных. Два случая заслуживают внимания как наиболее показательные. Больной А., 25 лет, под наблюдением в отделении с 15 февраля 1999 года. В ноябре 1998 года автодорожная травма –

открытый перелом правого бедра, ожоги грудной клетки, травматический шок. Осложнение в раннем посттравматическом периоде – сепсис. Перелом осложнился остеомиелитом, флегмоной бедра.

При поступлении в периферической крови умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ до 43 мм/час, биохимический статус без особенностей. Коагулограмма показала наличие маркеров ДВС-синдрома и активацию фибринолиза. В иммунограмме определялись признаки подострого воспалительного процесса: резко повышена концентрация СРП, СН50, ЦИК, Ig M, G, снижение Ig A, умеренно угнетены клеточные и гуморальные звенья иммунитета.

Объективно определялось снижение массы тела, бледность кожных покровов, субфебрилитет. Жалобы гастроэнтерологического плана: диспепсический синдром, гепатоспленомегалия. Местно определялось: умеренная гиперемия и инфильтрация в верхней трети бедра, умеренное гнойное отделяемое из свищей. Свищи над вертелом и в средней трети бедра.

Больному проводилась следующая терапия: роцефин по 2 грамма в сутки, метронидазол по 300 мг в сутки, трентал 5 мл в сутки, никотиновая кислота по 4 мл в сутки, витамины групп B, C, E по 1 мл в сутки. В плане предоперационной подготовки назначен курс детоксикации полифепаном на 1 неделю, курс бактисубтила по 8 капсул в сутки, с последующим переводом на длительный курс приема бификола, курс энзимотерапии.

В предоперационном периоде было проведено 2 сеанса плазмофереза на аппарате РС-6, малыми объемами (удалялось до 400 мл плазмы с замещением свежзамороженной плазмы, кристаллоидами и декстранами).

Оперативное лечение проводилось в следующем объеме:

1. 15.02.99 – вскрытие флегмоны;
2. 19.02.99 – удаление интрамедуллярного стержня;
3. 25.02.99 – внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез в аппарате Илизарова;
4. 16.03.99 – вскрытие флегмоны;
5. 01.04.99 – некрсеквестрэктомия, сегментарная резекция бедра.

В послеоперационном периоде было проведено 8 сеансов плазмофереза малыми объемами, суммарно замещено 3200 мл плазмы.

Возврат эритромаcсы осуществлялся через аппарат УФО крови Гелиос-1. Для проведения заместительной терапии 3 раза осуществлялась инфузия свежзамороженной плазмы, 1 раз 10% раствором альбумина, постоянно инфузия кристаллоидов с

тренталом, 10% глюкозой с витаминами. После окончания курса плазмафереза назначен курс лечения рибомунилом по стандартной схеме.

На фоне проводимой терапии улучшилось самочувствие больного: исчезли жалобы на слабость, ознобы, диспепсические расстройства, субфебрилитет, больной стал восстанавливать массу тела. Со стороны местного процесса: отек по задней поверхности бедра в верхней трети уменьшился и размягчился незначительно, гиперемии, инфильтрации и флюктуации нет. В области рубца рана 2 на 3 мм под темным струпом. Отделяемого нет. В надвертельной области свищ с незначительным гнойно-геморрагическим отделяемым.

Лабораторно: в периферической крови определяется снижение СОЭ до 22 мм/час, нормализация показателей коагулограммы и иммунограммы.

Таким образом, лечебная тактика, направленная в данном случае на детоксикацию, стимуляцию иммунитета, нормализацию параметров гемостаза дала оптимальные сроки заживления ран, гладкий послеоперационный период, длительную ремиссию. В настоящее время больной находится под наблюдением отделения, за данный период обострения не было. Рентгенологически: увеличен диастаз в аппарате до 2 см. Смещения нет.

Второй случай – больной Д., 27 лет, в июне 1997 года – закрытый винтообразный перелом правой плечевой кости, в июле был произведен остеосинтез пластиной, в августе абсцесс послеоперационного рубца, в сентябре открылся свищ в нижней трети послеоперационного рубца, были удалены металлоконструкции. Во время госпитализации у больного была аллергическая реакция на антибиотики (линкомицин, гентамицин), развился себорейный дерматит. В марте 1998 года – вновь открывается свищ, больной поступает в отделение гнойной хирургии ЦГБ № 23 для оперативного лечения. В настоящую госпитализацию показатели клинических и лабораторных анализов не изменены. Обращала на себя внимание склонность к аллергическим реакциям и гнойничковым кожным высыпаниям.

Больному назначен курс эубиотиков, в предоперационном периоде проведено 2 сеанса плазмафереза с замещением свежемороженой плазмой и кристаллоидами. Суммарно удалено 700 мл плазмы.

Операция: некрэксвестрэктомия.

В послеоперационном периоде проведено 6 сеансов плазмафереза

в малых объемах, удалено 2200 мл плазмы, замещено свежезамороженной плазмой, кристаллоидами. Возврат эритромассы проводился через УФО крови Гелиос-1. Интервалы между сеансами составили 2 дня. При контроле биохимических показателей значительных колебаний уровня общего белка не обнаружено. После окончания курса плазмофереза был рекомендован курс рибомунилы по стандартной схеме и повторный курс зубитиков.

При дальнейшем наблюдении за больным отмечено улучшение общего самочувствия, состояния кожных покровов (исчезли гнойничковые высыпания), не повторялись аллергические проявления.

В настоящее время больной находится в состоянии ремиссии, на контрольных рентгенограммах выявлено восстановление костной структуры на всем протяжении плечевой кости, полостей и секвестров нет.

Таким образом, применение плазмофереза больным с неблагоприятным иммунным статусом, на наш взгляд, оправдано, так как снижает вероятность послеоперационных осложнений и улучшает прогноз в целом.

Сочетание активной хирургической тактики, рациональной антибактериальной терапии, мощной детоксикации, мониторинга показателей эндотоксикоза и состояние систем гемостаза представляется нам перспективным направлением в лечении хронической гнойной инфекции, позволяющим достичь длительной или пожизненной ремиссии.

