

# **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., Жиляков 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. Перслом осложнился остсомислитом, 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 повышенена 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, гепатосplenомегалия. 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 В, С, Е 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 свежезамороженной плазмы, кристаллоидами и дектранами).

Оперативное лечение проводилось в следующем объеме:

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

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

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

тренталом, 10% глюкозой с витаминами. После окончания курса плазмофереза 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 пластиною, в августе абсцесс послеперационного рубца, в сентябре открылся свищ в нижней трети послеперационного 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 эзубиотиков, в предоперационном периоде проведено 2 сеанса плазмофереза с замещением свежезамороженной плазмой и кристаллоидами. Суммарно удалено 700 мл плазмы.

Операция: некрексеквестрэктомия.

В послеоперационном периоде проведено 6 сеансов плазмофереза

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 рибомунила по стандартной схеме и повторный курс зубиотиков.

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.

