

Пример мониторинга уровня эндогенной интоксикации у больной перенесшей тяжелую сочетанную травму

Туханов В.В., Ившин П.Г., Башкиров А.Г., Гаев А.В., Жиляков А.В.

В настоящее время в клинике ЦГБ № 23 появилась возможность исследовать уровень эндотоксикоза у больных с гнойными заболеваниями, интоксикациями различного генеза. Это позволяет контролировать эффективность наших действий, направленных на борьбу с эндо-токсикозом, таких как оперативное удаление очага интоксикации, консервативные методы детоксикации. Эндотоксикограмма как исследование интересна тем, что объединяет в себе множество параметров, большинство из которых имеет прогностическое значение. Например, риск прогрессирования, функциональные резервы почек, количественные показатели белкового статуса, уровень протеолиза, уровень протеазной активности. Все выше-перечисленное может сделать данное исследование незаменимым для клинициста.

В качестве примера использования мониторинга уровня эндотоксикоза можно говорить о больной М., 40 лет, которая получила тяжелую сочетанную травму в январе 1998 года. Находилась на лечении в институте им. Вишневского г. Москвы с диагнозом: тяжелая открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние, перелом основания черепа с развитием гипертензионно-гидроцефалического синдрома, психогенное состояние с эпизодами психомоторного возбуждения, открытый многооскольчатый перелом обеих костей правой голени, открытый перелом большеберцовой кости слева. Хронический вялотекущий остеомиелит обеих большеберцовых костей обеих голеней, длительно незаживающие гнойные раны обеих голеней, эрозивный цистит.

Больная поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии ЦГБ № 23 27.01.99, спустя год после травмы. Диагноз при поступлении: несросшийся перелом верхней челюсти, ФОР I, сросшийся перелом левой голени, осложненный остеомиелитом свищевой формы, сросшийся перелом правой голени. Последствия ЧМТ, травматическая болезнь головного мозга. Базальный посттравматический арахноидит, наружная гидроцефалия, астено-невротический синдром. Хроносепсис.

Мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Консолидация перелома верхней челюсти;
2. Удаление металлоконструкций из голеней, лечение остеомиелита;
3. Коррекция иммунитета;
4. Коррекция гидроцефалии;
5. Коррекция психического статуса пациентки.

Для успешного решения этих задач было решено контролировать уровень синдрома эндогенной интоксикации пациентки, следить за его изменениями в процессе терапии.

Исходная эндотоксикограмма от 03.02.99: эндотоксикоз I степени, невысокий риск прогрессирования, сохраненный резерв мембран эритроцитов, резко снижены функциональные резервы почек. Белковый статус количественный в норме, качественный – снижен. Значительно нарушена антипротеазная активность. Данные значения были подтверждены другими методиками, такими как коагулограмма, пробы Реберга, Зимницкого.

На этом фоне больной был назначен курс лечебного плазмофереза из десяти сеансов с замещением кристаллоидами, свежезамороженной плазмы и альбумина. Количество плазмы, удаленной за один сеанс, составляло примерно 350 мл. Кроме того, больной был назначен курс метаболической терапии (реополиглюкин, витамины группы В, С, рибоксин, актовегин) и дезагреганты – трентал 200 мг в сутки.

Вторая эндотоксикограмма сделана на фоне активной дезинтоксикационной терапии: сохраняется эндотоксикоз I степени, риск прогрессирования невысокий, несколько повысились функциональные резервы почек, нормализовались качественные показатели белкового статуса, нормализовались реология, гемостаз и антипротеазная активность.

17.02.99 года больная была прооперирована – удалены металлоконструкции из обеих голеней. В послеоперационном периоде производили плазмоферез в прежнем режиме, продолжена метаболическая и реологическая терапия. Добавлены курс эубиотиков (бактисубтил по стандартной схеме с последующим переходом на бификол и лактобактерин). Эндотоксикограмма № 3 была сделана 18.02.99, через сутки после операции. Данная эндотоксикограмма отобразила реакцию организма на операционную травму: острая фазовая реакция, снижение антипротеазной активности, умеренная гемодилюция, активный протеолиз, признаки ДВС-синдрома. К

проводимой терапии были добавлены антибиотикотерапия и гепаринотерапия.

24.02.99 года — эндотоксикограмма № 4: показатели вернулись к исходной от 03.02.99, что соответствовало клинической картине: репаративные процессы после оперативного вмешательства, отек, гиперемия, серозное отделяемое из раны.

11.03.99 года эндотоксикограмма № 4: эндотоксикоз I степени, риск прогрессирования невысокий, нормализация антипротеазной активности, функциональных резервов почек, маркеры ДВС-синдрома не регистрируются.

Субъективно — больная чувствует себя удовлетворительно, жалоб активно не предъявляет, температура в норме, первичное заживление раны. Курсы консервативной реологической, дезагрегационной, метаболической терапии закончены. Назначен курс рибомунила по стандартной схеме.

Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии, без признаков рецидивирования остеомиелита, нормализовался иммунный статус.

Выводы:

1. Контроль уровня эндотоксикоза в данном случае облегчил проведение активной детоксикации;

2. Эндотоксикограммы четко отображали статус больной, реагировали на любое врачебное вмешательство, что позволяло провести адекватную предоперационную подготовку и послеперационное ведение больной;

3. Постоянный контроль за состоянием почек и системой гемостаза делает ведение больных более безопасным, позволяя предотвратить такие грозные осложнения как ДВС-синдром, ОПН.

На наш взгляд, такой интегральный показатель, как контроль уровня эндотоксикоза позволяет оценивать состояние пациентов в целом, что является значительным прорывом, позволяя «лечить не болезнь, а больного».

