

Д.Л. Шукевич, Л.Е. Шукевич, Т.И. Шраер, С.А. Усов, А.П. Фильков

Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница
г. Кемерово

PRISMA-ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ПОЛИТРАВМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Пациент А., 40 лет, получил 8 огнестрельных пулевых ранений из пистолета Макарова. Был доставлен в городскую больницу по месту жительства. Диагноз: «Множественные огнестрельные ранения: шеи с касательным повреждением тела С4 позвонка и задней стенки глотки; проникающее торакоабдоминальное ранение справа с оскольчатым переломом 10-го ребра, ушибом нижней доли правого легкого, повреждением правого купола диафрагмы, 7-го, 3-го и 4-го сегментов печени, тонкой кишки, печеночного угла ободочной кишки. Перелом крыла левой подвздошной кости. Сквозные и касательные ранения мягких тканей туловища, затылочной области. Сотрясение головного мозга. Травматический шок 3-й степени».

Выполнена операция: лапаротомия, обработка раны 7-го сегмента печени, ушивание ран 3-го и 4-го сегментов печени, резекция двух сегментов тонкой кишки, правосторонняя гемиколэктомия, ушивание раны диафрагмы, дренирование правой плевральной и брюшной полостей, первичная хирургическая обработка ран мягких тканей с ушиванием раны глотки. По окончании операции пострадавший транспортирован на реанимобиле в отделение реанимации Кемеровской областной клинической больницы.

При поступлении состояние крайне тяжелое за счет синдрома полиорганной недостаточности: ОРДС (PaO_2/FiO_2 — 185), ОПН в стадии олигурии, печеночная недостаточность (билирубин — 72 мкмоль/л), ДВС-синдром (АЧТВ — 63, тромбоциты — 50×10^9 /л, РФМК — 18), сердечно-сосудистая недостаточность (артериальная гипотензия: СрАД — 55 мм рт. ст.).

На 7-е сутки после травмы, в связи с необходимостью проведения продленной ИВЛ, наложена трахеостома.

На 10-е сутки после первичной операции возникла эвентрация тонкой кишки. Релапаротомия: несостоятельность межкишечных анастомозов, разлитой серозно-фибринозный перитонит. Выполнена обшир-

ная резекция тонкой кишки, еюнотрансверзоанастомоз.

Сохранялись явления абдоминального сепсиса, септического шока, прогрессировала полиорганная недостаточность (вторичное повреждение головного мозга — кома). Края раны брюшной стенки разведены, сформирована лапаростома.

На 16-е сутки от момента получения травмы состояние крайне тяжелое: кожные покровы землисто-го оттенка, иктеричность кожи и склер, отечность кожи и подкожной жировой клетчатки, акроцианоз; гиперпиретическая лихорадка ($40-41^\circ\text{C}$), резистентная к медикаментозной терапии и физическому охлаждению; стойкий парез кишечника. На фоне ИВЛ микропроцессорным вентилятором Puritan Bennett 7200 (CMV, PF 5 cm H_2O , RR 18/min, FiO_2 0,5, I:E 1:1, SpO_2 97-98 %) дыхание во всех отделах легких жесткое, из трахеостомической трубки значительное количество гнойно-геморрагического отделяемого (при ФБС — гнойный эндобронхит). Гемодинамика поддерживается инфузиями и введением адреномиметиков (адреналин, мезатон, дофамин), АД 120/70 мм рт. ст., АДср — 80 мм рт. ст., синусовая тахикардия — 120 в мин, частая желудочковая экстрасистолия, временами по типу бигеминии; ЦВД отр. Диурез — 60 мл/час, обеспечивается болюсными введениями салуретиков. При медикаментозной седации для обеспечения принудительной вентиляции — умеренное расходящееся косоглазие, диаметр зрачков 8 мм, фотореакция сомнительна.

Лабораторно: гипернатриемия (166 ммоль/л), гиперосмолярность (370 мосм/л), гипопротейнемия, гипоальбуминемия, гипергликемия, гипербилирубинемия (50 мкмоль/л), гиперазотемия (мочевина 26 ммоль/л, креатинин 0,35 ммоль/л), анемия, гиперкоагуляция с положительным этаноловым тестом и РФМК.

Оценка тяжести состояния по шкале SOFA — 18 баллов. Прогноз для жизни неблагоприятный.

По жизненным показаниям начато проведение непрерывной низкопоточной вено-венозной гемофильтрации на гемопроцессоре PRISMA с объемом замещения 30-35 мл/кг в час. Через 6 часов от начала гемофильтрации исчезла гипертермия. Через 12 часов стабилизировались гемодинамические показатели, прекращена инфузия адреномиметиков. Через 36 часов больной переведен на вспомогательную вентиляцию легких. На следующие сутки восстановилось сознание, стала разрешаться ОПН, достигнута эффективность медикаментозной стимуляции моторики кишечника.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через 72 часа процедура гемофильтрации завершена, общий объем ультрафильтрата составил 171,5 л, объем замещения — 170 л.

В дальнейшем наблюдалась ежедневная положительная динамика, стабилизация состояния пострадавшего. Заживающая вторичным натяжением рана передней брюшной стенки эпителизировалась. Больной выписан из отделения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение низкопоточной вено-венозной гемофильтрации в комплексном лечении пострадавшего с огнестрельной политравмой, осложненной септическим шоком, позволило добиться выздоровления за счет эффективной экстракорпоральной коррекции нарушений гомеостаза и мощного детоксикационного эффекта. Это дает основание для рекомендации применения PRISMA-технологии в комплексе лечения пациентов подобного рода.

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ
"ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ".
С-Петербург, 18-19 мая 2006 г.**

Прием заявок и тезисов до 15 февраля 2006 г.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ".
Пенза, апрель 2006 г.**

Прием заявок и тезисов до 10 апреля 2006 г.

**II-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
"СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ 2006".
Днепропетровск, 20-28 февраля 2006 г.**

Прием заявок и тезисов до 25 февраля 2006 г.

**КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ РАБОТ В ОБЛАСТИ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ.
Москва.**

Работы направлять до 1 июня 2006 года.