



ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ в комплексном лечении печеночной недостаточности при неклостридиальной анаэробной инфекции челюстно-лицевой области и шеи

М.А.Губин

• заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор,
зав. кафедрой стоматологии, ИПМО ВГМА
им.Н.Н.Бурденко,

В.Ф. Куликовский

• заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор,
главный врач БОКБ

А.А.Оганесян

• к.м.н., старший преподаватель кафедры
стоматологии, БелГУ

Б.В.Трифонов

к.м.н., доцент,
зав. кафедрой стоматологии, БелГУ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу работы положены результаты обследования и лечения 33 больных, находившихся на стационарном лечении в отделениях челюстно-лицевой хирургии и общей реанимации Белгородской областной клинической больницы, за период с 2003 по 2007 гг. Основную группу составили 15 больных (период 2005-2007 гг.), в программу комплексного лечения которых были включены методы экстракорпоральной детоксикации. Группу сравнения составили 18 больных (ретроспективный анализ архивного материала за 2003-2004 гг.), лечение которых проводилось по общепринятым алгоритмам без использования экстракорпоральных методик.

В основной группе мужчин было 12 (80%), а женщин — 3 (20%). В группе сравнения — 10 (55,6%) мужчин и 8 (44,4%) женщин. Возраст больных варьировал от 21 до 76 лет. Средний возраст — $(46,6 \pm 3,2)$ лет.

Комплекс диагностических мероприятий включал в себя стандартные методы обследования: сбор анамнеза, клинико-инструментальный осмотр, диагностическая пункция с применением вакуумных пробирок, исключающих контакт бакматериала с окружающим воздухом, рентгенологическое исследование органов грудной клетки в стандартных позициях, шеи — по Земцову, УЗ контроль на предмет обнаружения свободной жидкости или газа в клетчаточных пространствах шеи и средостения. Из дополнительных методов — спиральная компьютерная томография.

Комплекс лабораторных методов включал: клинический анализ периферической крови и мочи, определение активности ферментов аланин- и аспаратаминотрансфераз (АлТ, АсТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), общего белка и его фракций, билирубина и его фракций, альфа-амилазы, содержание глюкозы крови, оценку кислотно-щелочного и электролитного состава крови, иммунитета, систем перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности, лейкоцитарного индекса интоксикации, а также свертывающей системы крови. Все эти показатели определялись по общепринятым методикам, которые подробно описаны в специальных руководствах и методических рекомендациях. Лабораторные исследования проводили в момент поступления больных в профильное отделение и в динамике, а у больных основной группы — каждые 12 часов после применения методов экстракорпоральной детоксикации.

Все больные были госпитализированы в отделение челюстно-лицевой хирургии. В первые же сутки от момента поступления, после установления диагноза и предоперационной подготовки, им проводили оперативные вмешательства в объеме ревизии всех вовлеченных в воспалительный процесс

клетчаточных пространств с максимально возможным иссечением нежизнеспособных тканей и базисную терапию: установку назогастрального зонда, коррекцию волемических нарушений путем инфузии в центральные вены кристаллоидных и коллоидных растворов, купирование болевого синдрома, эмпирическую антибактериальную терапию. В связи с нарастающей дыхательной недостаточностью, 4 пациентам (26,7%) проведена нижняя трахеостомия.

Для объективной оценки тяжести состояния больных применяли балльную систему индекса тяжести физиологических нарушений SAPS (Simplified Acute Physiology Score) (LeGall G.R., 1984). Из общего числа больных основной группы 8 (53,4%) было со средней степенью тяжести, 7 (46,6%) — с тяжелой, а в группе сравнения 12 (66,7%) больных имели заболевание средней степени тяжести и 6 (33,4%) — тяжелой.

Экстракорпоральные методы детоксикации выполнялись по следующим методикам: плазмаферез, гемодиализация (ГДФ) и постоянная высокообъемная вено-венозная гемодиализация (ПГФ).

Плазмаферез осуществляли с помощью плазмодельфильтров на аппарате «AS TEC 204». Плазмаферез носил серийный характер, то есть через 24-48 часов сеансы повторяли. Количество сеансов колебалось от 1 до 3. Объем удаляемой и замещающей плазмы определялся индивидуально с учетом исходного состояния больного, массы тела, показателей белка, гемодинамики. Плазму удаляли в количестве 1000-1500 мл за один сеанс с последующим ее замещением свежзамороженной донорской плазмой, солевыми растворами и альбумином.

Гемодиализация (ГДФ) и постоянная высокообъемная вено-венозная гемодиализация (ПГФ) выполнялись на аппаратах Fresenius 4008 и Multifiltrat соответственно, с использованием фильтров S1000.

Продолжительность процедур гемодиализации составляла от 12 до 72 часов, со сменой гемодельфильтра каждые 12 часов, на скорости от 270-300 мл/мин.

Общее количество проведенных процедур у больных основной группы составило 42 сеанса; постоянной вено-венозной гемодиализации — 5 сеансов; гемодиализации — 9 сеансов и 28 сеансов плазмообмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показал анализ результатов исследования, при поступлении в клинику у больных с АНИ лица и шеи наблюдались изменения всех исследованных показателей по сравнению с нормой.

Повышение активности АлТ нами отмечено у 42,2% больных, АсТ — у 18,6%.

ВВЕДЕНИЕ

Анаэробная неклостридиальная инфекция (АНИ) лица и шеи является одним из наиболее тяжелых хирургических заболеваний челюстно-лицевой области, летальность при котором в течение последних 30 лет остается высокой и достигает 30% и более [1, 3, 4, 5, 6, 7].

Основными причинами летальности при АНИ лица и шеи являются выраженный некорректируемый эндотоксикоз и гнойно-септические осложнения [3, 5, 6].

Функциональные нарушения печени наблюдаются в 18-65% случаев у больных с АНИ. Так как печень является венозным коллектором органов челюстно-лицевой области, шеи и средостения, то она подвергается воздействию циркулирующих в крови и лимфе токсичных продуктов тканевого распада [3, 5].

В комплексе лечебных мероприятий при анаэробных хирургических инфекциях челюстно-лицевой области детоксикационная терапия занимает значительное место, так как одним из основных факторов, обуславливающих неблагоприятное течение заболевания, является развитие и прогрессирование эндотоксикоза [2, 6].

Однако традиционная детоксикационная терапия, включающая в себя инфузионную терапию с форсированным диурезом, не всегда оказывается достаточной.

Все это обосновывает необходимость включения в комплексную терапию АНИ лица и шеи экстракорпоральных методов детоксикации.

Целью исследования было оценить эффективность экстракорпоральной детоксикации в комплексном лечении больных с АНИ лица, шеи и их осложнений.

При генерализации инфекции отмечалось повышение как прямого, так и непрямого билирубина. Уменьшение количества общего белка и снижение альбумин-глобулинового коэффициента выявлены соответственно у 25,7% и 52,3% больных.

Нарушение протромбинообразующей функции печени отмечено у 27,3% больных.

При компьютерной томографии также отмечены изменения со стороны паренхимы печени, ее размеров, цвета и консистенции (явления токсического гепатита).


Показанием к проведению экстракорпоральной детоксикации являлось нарастание признаков интоксикации, проявляющихся как в ухудшении общего состояния больного, так и в изменениях клинико-лабораторных и инструментальных показателей. Количество сеансов зависело от характера фильтруемой плазмы (макроскопическая оценка), динамики основных клинико-биохимических анализов крови и общего состояния больного.

У больных основной группы концентрация билирубина до начала процедуры была повышена в 1,5-2 раза. После проведения каждого сеанса экстракорпоральной детоксикации билирубин снижался в среднем на 18%. Такая же картина отмечена и в отношении креатинина, мочевины, АлТ, АсТ. Однако проведение одного сеанса ПФ или ППФ (или ГДФ) не решало проблему эндогенной интоксикации, так как в промежутках между сеансами отмечалась тенденция к ее повышению (возможно, за счет поступления токсинов из межклеточного пространства или непосредственно из патологического очага). Это и явилось показанием к проведению повторных сеансов экстракорпоральной детоксикации. У 9 больных (60%) отмечена стойкая гипопро-теинемия и гипоальбуминемия, которые оставались низкими до и после проведения детоксикации. Коррекция этих показателей проводилась трансфузией аминокислот, альбумина и свежезамороженной плазмы.

В основной группе умерло два (13,3%) пациента. Причина смерти — полиорганная недостаточность на фоне нарастающей интоксикации и ослабления компенсаторных возможностей организма.

При оценке результатов лечения больных группы сравнения (18 чел.) отмечено, что печеночная недостаточность у них была преобладающей, о чем свидетельствовала нарастающая гипербилирубинемия и повышение концентрации трансаминаз, гипопро-теинемия и гипоальбуминемия, увеличение концентрации креатинина и мочевины. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, коррекция данных показателей была более длительной по времени. Умерло четыре (22,3%) пациента на фоне нарастающей полиорганной недостаточности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, из вышеизложенного следует, что экстракорпоральная детоксикация в комплексном лечении печеночной недостаточности при неклостридиальной анаэробной инфекции ЧЛЮ и шеи является высокоэффективным методом. При тяжелой печеночной недостаточности целесообразно сочетание плазмафереза, постоянной гемофильтрации и гемодиализации. 

(Список литературы находится в редакции.)

13 мая 2009 г. приглашаем посетить V научно-практическую конференцию «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Организаторы конференции:

- Санкт-Петербургский институт стоматологии последипломного образования (СПБИНСТОМ)
- Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ)
- Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова.
- Стоматологическая Ассоциация России

Генеральный партнер: Colgate.

Партнеры: Procter&Gamble, Natusana, LM-Instruments (Planmeca Group).

Информационные партнёры: журнал «Институт Стоматологии», газета «Стоматология сегодня».

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

Приветственное слово организаторов конференции — 10.00-10.15.

- 1) П.А.Леус (Белорусский государственный медицинский университет). Массовая профилактика кариеса зубов у детей на основе доказательной стоматологии — 10.15-11.00.
- 2) В.П.Неспрядько, И.Л.Скрипник, Ю.В.Клитинский (Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, Киев, Украина). Комплексная диагностика и междисциплинарный алгоритм лечения функциональных расстройств зубочелюстно-лицевой области пациентов с нарушениями окклюзии и артикуляции — 11.00-11.30.
- 3) Л.П.Кисельникова (МГМСУ). Инновационные технологии в разработке зубных паст и их клиническая эффективность — 11.30-12.00.
- 4) В.М.Елизарова (МГМСУ). Эндогенная профилактика кариеса зубов у детей — 12.00-12.30.
- 5) Р.А.Фадеев (СПБИНСТОМ). Особенности исправления зубочелюстных аномалий в сменном прикусе — 12.30-13.00.
- 6) Г.А.Хацкевич (СПБГМУ). Проблемы обезболивания в детской стоматологии — 13.00-13.30.
- 7) С.А.Овчар (Colgate). Мультиэнзимные зубные пасты в профилактике стоматологических заболеваний. Преимущества и недостатки — 13.30-13.45.
- 8) Г.Г.Иванова (СПБИНСТОМ). Современные методы оценки эффективности профилактики стоматологических заболеваний — 13.45-14.05.

Перерыв — 14.05-15.00.

- 9) Л.Н.Дроботько, С.Ю.Страхова (МГМСУ). Клинические рекомендации по ведению детей с атопическим хейлитом — 15.00-15.20.
- 10) С.Б.Улитовский (СПБГМУ). Оценка эффективности различных фторидов в профилактике кариеса — 15.20-15.40.
- 11) А.В.Резниченко, Г.М.Королева, Б.Т.Мороз (СПбМАПО). Экологическая обстановка и ее связь со стоматологическим статусом детей Санкт-Петербурга — 15.40-16.00.
- 12) В.Г.Алпатова, Л.П.Кисельникова (СПБИНСТОМ, МГМСУ). Алгоритм проведения эндодонтического лечения у подростков и лиц молодого возраста — 16.00-16.20.
- 13) Ю.В.Гвоздева, М.А.Данилова (ПГМУ). Стоматологический и общесоматический статус у детей с выраженными миофункциональными нарушениями — 16.20-16.40.
- 14) И.А.Хощевская (СПБИНСТОМ). Концепция школьной стоматологической программы — 16.40-17.00.

Обсуждение докладов, ответы на вопросы — 17.00-17.30.

Место проведения конференции: Санкт-Петербург, ВК «ЛенЭКСПО», Гавань, павильон № 5, зал «Петровский» (метро «Приморская»)

Участие бесплатное для зарегистрировавшихся по телефону: (812) 324 00 44

В программе конференции — раздача подарков от спонсоров.