

ПВВГДФ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

Ченцов В.Б., Чернышев Д.В.

Инфекционная клиническая больница №2, г. Москва

Больная Х., 27 лет, доставлена в ИКБ № 2 17.06.10 в 09.00 с диагнозом: Вирусный гепатит, ПТИ?

Из анамнеза: заболела остро 10.06.10, когда появилась лихорадка до 40*С. 13.06.10 потемнела моча, больная была осмотрена бригадой «СМП», госпитализирована в ГКБ № 67, где проведено обследование, диагноз остался неясным, больная ушла домой под расписку.

Лихорадка сохранялась, 16.06.10 появилась желтушность кожных покровов и склер, жидкий стул, повторно осмотрена бригадой «СМП», госпитализирована в ИКБ № 2 с диагнозом гепатит? ПТИ?

В приемном отделении

В 9.35, после выяснения анамнеза: прибыла из Конго 30.05, где находилась в течении 3-х дней. Специфическую противомаларийную профилактику не проводила, неоднократно была укутана комарами - заподозрена тропическая малярия (8-е сутки заболевания), учитывая тяжелое состояние, выраженный интоксикационный синдром, острую почечную недостаточность - больная госпитализирована в ОРИТ.

В 10:00 после лабораторных исследований **подтвержден диагноз тропическая малярия** в анализе крови Plasmodium falciparum 2.701.800 в мкл (62.832 на 100 лейкоцитов, 570 на 1 тыс эритроцитов).

Данных за кишечную инфекцию, гепатит не выявлено.

При поступлении в ОРИТ

Состояние крайне тяжелое. В сознании, заторможена, на вопросы отвечает с задержкой. Зрачки средней величины, равные, фотореакция сохранена. Менингеальных, очаговых знаков нет. Не лихорадит. Кожа и склеры с выраженной иктеричностью. Дыхание самостоятельное, ЧДД 26 в мин, Sat 100%. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, ЧСС 88 уд в мин, АД=90/50 мм рт.ст., ЦВД +70 мм Н2О. Живот мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах, кишечные шумы вялые. Печень +2см из-под края межреберной дуги, селезенка не пальпируется. Олигоанурия.

Диагноз: тропическая малярия, церебральная форма (тяжёлое течение), осложнённая развитием отёка головного мозга, почечно-печёночной, сердечно-сосудистой недостаточности, анемии, тромбоцитопении.

В ОРИТ начата интенсивная терапия:

- катетеризация центральной вены
- проведение ИВЛ учитывая нарастающие признаки отёка головного мозга (11 суток).
- проведение этиотропной терапии хинином 2 гр/сут до исчезновения паразитемии (21.06.10 – плазмодии не обнаружены),
- антибактериальная
- противоотёчная

- гепатопротекторная
- коррекция гемостаза.
- инотропная поддержка дофамин микроструйно в начальной дозе 5-6 мкг/кг/мин с последующим увеличением дозы к 3 суткам до 23 мкг/кг/мин, добутамин 7-8 мкг/кг/мин с увеличением до 25 мкг/кг/мин. К концу 6 суток гемодинамика стабилизировалась.

С момента поступления начато проведение продлённой веновенозной гемодиализации (ПВВГДФ)

Сет: М-100. Катетер: GDK 1120. Диализирующий раствор: Призмасол 4 количество 30000 мл/сут. Замещающий раствор Призмасол 4 количество 40000 мл/сут. Дефицит фильтрации: скорость 100-150 мл/ч. Антикоагулянт: гепарин скорость 500 ед/ч.



Показания для проведения ПВВГДФ

Почечные показания:

- анурия (диурез 150 мл/сут)
- гипергидратационный синдром
- увеличение уровня мочевины, креатинина.
- гиперкалиемия

Внепочечные показания:

- выраженный гемолиз
- высокий темп роста уровня билирубина
- *механическое повреждение живых плазмодиев (“баротравма”) и выведение фрагментов тел мертвых паразитов (собственное наблюдение) с началом этиотропной терапии*

Динамика паразитемии (в мкл)

Сутки	1	2	3	4	5
06 ⁰⁰		1.776.000	31.125	1.550	-
10 ⁰⁰	2.701.800	1.083.000			-
20 ⁰⁰	2.261.000	76.320	7.320	798	-

При переводе в коечное отделение

Состояние тяжёлое, стабильное. В сознании, контактна, адекватна, выполняет команды, отвечает на вопросы. Зрачки средней величины, равные, фотореакция сохранена. Менингеальных, очаговых знаков нет. Лихорадит субфебрильно (max 37,4*С). Кожные покровы и склеры иктеричные, интенсивность желтухи уменьшилась, нарушений микроциркуляции нет. Катетер в центральной вене функционирует нормально, признаков воспаления нет. Дыхание самостоятельное через естественные дыхательные пути, (деканюлирована 29.06.10), проводится инсуфляция увлажненного O₂. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится с обеих сторон, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Sat 100%. Гемодинамика стабильная, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 в мин., АД 120/70 мм рт.ст., ЦВД +60 мм H₂O. Живот мягкий, не вздут, перистальтика выслушивается. Питание усваивает. Диурез на фоне стимуляции достаточный.



Начиная с 2008 года в отделении реанимации и интенсивной терапии находилось 12 пациентов с тяжелым течением тропической малярии, которым проводилась ПВВГДФ (общая длительность процедуры составила более 2000 часов). Летальный исход – 1. До применения ПВВГДФ летальность у этой категории больных превышала 90%.

Гамбра Медикал

PRISMA - инструмент врача-реаниматолога

Основные синдромы пациентов ОРИТ			Основные эффекты ЭНКГ PRISMA	
Системная воспалительная реакция	ИТШок		Удаление медиаторов воспаления (ТНФ, ИЛ, ФАТ и т.д.)	Удаление ЛПС
Острая почечная недостаточность	Полиорганная недостаточность	ДВС	Коррекция метаболических изменений	
Острая печеночная недостаточность	РДСВ	Отек легких	Коррекция гипергидратации	
Сердечно-сосудистая недостаточность	Отек мозга	Метаболические расстройства	Удаление аутоантител и иммунных комплексов	
Электролитные расстройства	Асцит, анасарка	Гиперволемия	Удаление кардиодепрессивного фактора	

С набором материала по интенсивной терапии инфекционных больных с применением ПВВГДФ, думаем, возможны изменения в этой таблице.