



РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШЕГО С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМОЙ

А.К. Дулаев, К.А. Надулич, А.В. Теремшонов

Российская военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Лечение пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами является трудоемкой и сложной задачей, что обусловлено высоким уровнем летальности, инвалидности, длительными сроками лечения и недостаточной разработанностью вопросов хирургической стратегии и тактики. В статье представлен клинический случай успешного этапного хирургического лечения пострадавшего с тяжелой сочетанной кататравмой головы, груди, позвоночника, таза, конечностей.

Ключевые слова: тяжелая сочетанная травма, кататравма, хирургическое лечение.

TREATMENT RESULT IN A PATIENT WITH SEVERE CONCOMITANT CATATRAUMA

A.K. Dulaev, K.A. Nadulich, A.V. Teremshonok

Treatment of patients with severe concomitant injuries is a hard and complicated problem due to the insufficient development of strategy and tactics of surgical aspects, which results in prolonged care terms and high mortality and disablement rates. A case of successful staged surgical treatment of a patient with severe concomitant catatrauma to the head, chest, spine, pelvis and extremities is reported.

Key words: severe concomitant injury, catatrauma, surgical treatment.

Актуальность проблемы лечения пострадавших с сочетанными травмами определяется их возрастающей частотой, высокими показателями летальности, инвалидности, длительными сроками медицинской реабилитации и недостаточной разработанностью вопросов стратегии и тактики хирургического лечения. По мнению большинства специалистов, основным современным принципом лечения пострадавших данной категории является этапное, зависящее от стабилизации общего состояния пострадавшего выполнение хирургических вмешательств. Так, в первые часы и сутки целесообразно выполнять только экстренные хирургические вмешательства по жизненным показаниям. В дальнейшем реконструктивно-восстановительные операции проводят по мере компенсации основных функций организма и гомеостаза.

Больной Д., военнослужащий 19 лет, поступил на лечение в Военно-медицинскую академию после того,

как 1 февраля 2003 г. в результате падения с высоты 800 м из-за отказа парашюта получил тяжелую сочетанную кататравму головы, груди, позвоночника, таза, конечностей: открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, перелом основания черепа; перелом верхней и нижней челюсти по типу Лефор II, перелом левой скуловой кости, множественная экстракция зубов верхней челюсти; закрытая травма груди, перелом IV–V ребер справа, ушиб сердца, легких, правосторонний гемопневмоторакс; осложненный клиновидно-оскольчатый перелом позвонка L₁ с формированием посттравматического стеноза позвоночного канала, глубоким нижним парапарезом с нарушением функции тазовых органов (рис. 1); закрытый перелом правой седалищной кости; открытый перелом диафиза костей голени с двух сторон со смещением отломков, перелом таранной и пяточной костей со смещением отломков, двух-

сторонний открытый переломовывих стоп в проекции Шопарова сустава (рис. 2).

В результате травмы у пострадавшего развился шок III ст., диагностирована клиническая смерть. После проведения в условиях лечебного учреждения мероприятий и интенсивной терапии, в результате которых наступила стабилизация общего состояния, больной переведен в ВМедА. Здесь ему последовательно выполнен ряд реконструктивно-стабилизирующих операций: 27 февраля 2003 г. – репозиция и фиксация переломов костей лицевого черепа; 6 марта 2003 г. – внеочаговый остеосинтез костей нижних конечностей в режиме фиксации; 26 марта 2003 г. – ламинэктомия Th₁₂–L₁, транспедикулярная декомпрессия конуса спинного мозга, задняя коррекция и фиксация позвоночника двумя контракторами CD «Horizon» (рис. 3). Послеоперационное течение прошло без осложнений.



Рис. 1
Спондилография, КТ и МРТ позвоночника больного Д, до операции

В дальнейшем больному проводили перемонтаж аппаратов Илизарова с коррекцией положения отломков костей голени. После санации ран обеих стоп 25 апреля 2003 г. выполнено открытое вправление перитаранного вывиха левой стопы с трансартикулярной фиксацией спицами. Через 12 дней аналогичная операция выполнена на правой стопе (рис. 4). В послеоперационном периоде осложнений не было. Через 2,5 мес. трансартикулярные спицы из стоп удалены. Демонтаж компрессионно-дистракционных аппаратов выполнен справа через 6 мес., слева – через 8 мес. Рентгенограммы нижних конечностей после консолидации переломов представлены на рис. 5.

В послеоперационном периоде отмечен значительный регресс неврологического дефицита: по шкале ASIA двигательная функция с 62 баллов выросла до 83 (max 100), нарушения чувствительности регрессировали с 88 баллов до 106 (max 112); восстановились самостоятельное мочеиспускание и стул. На рис. 6 представлены спондилограммы больного Д, через 1 год после травмы.

Пострадавший самостоятельно ходит с использованием опорной трости (рис. 7), в настоящее время продолжает восстановительное лечение в реабилитационных учреждениях МО РФ.

Адрес для переписки:
Дулаев Александр Кайсинович
194175, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 13,
РосВМедА им. С.М. Кирова
post@vmeda.spb.ru



Рис. 2
Рентгенограммы нижних конечностей больного Д. до операции

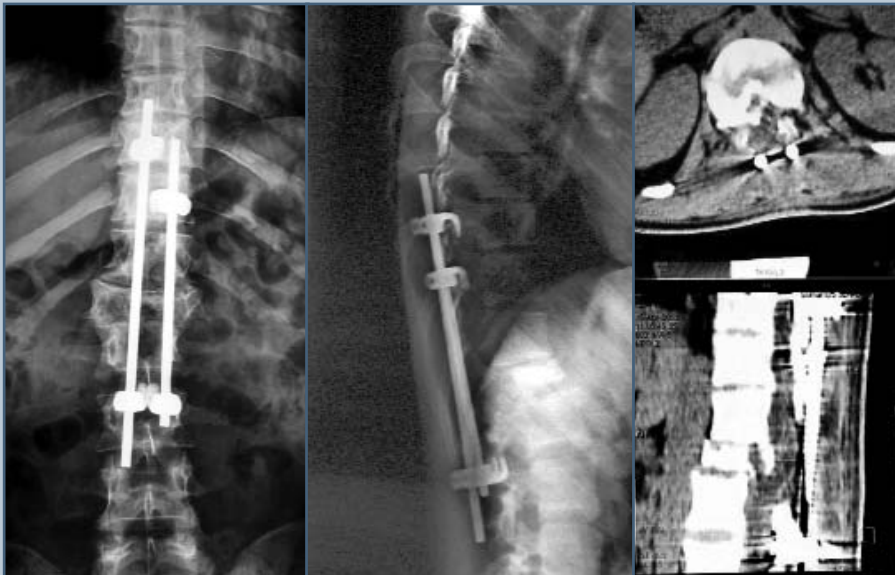


Рис. 3
Данные лучевых исследований позвоночника больного Д. после операции

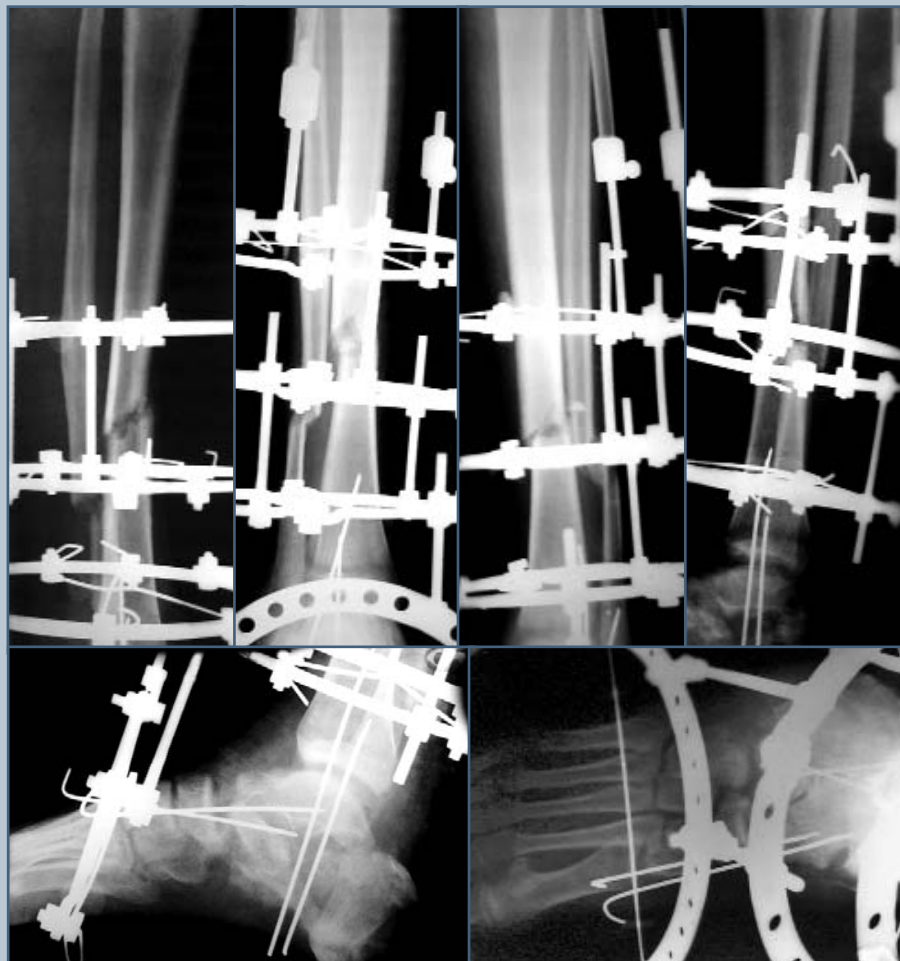


Рис. 4
Рентгенограммы нижних конечностей больного Д. после внеочагового остеосинтеза и этапной коррекции

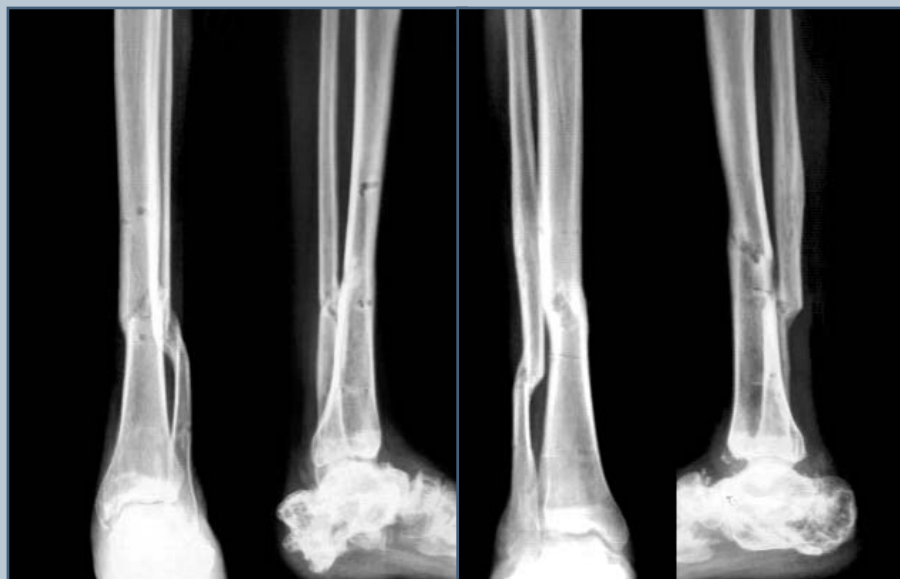


Рис. 5
Рентгенограммы нижних конечностей больного Д. после демонтажа аппаратов внешней фиксации

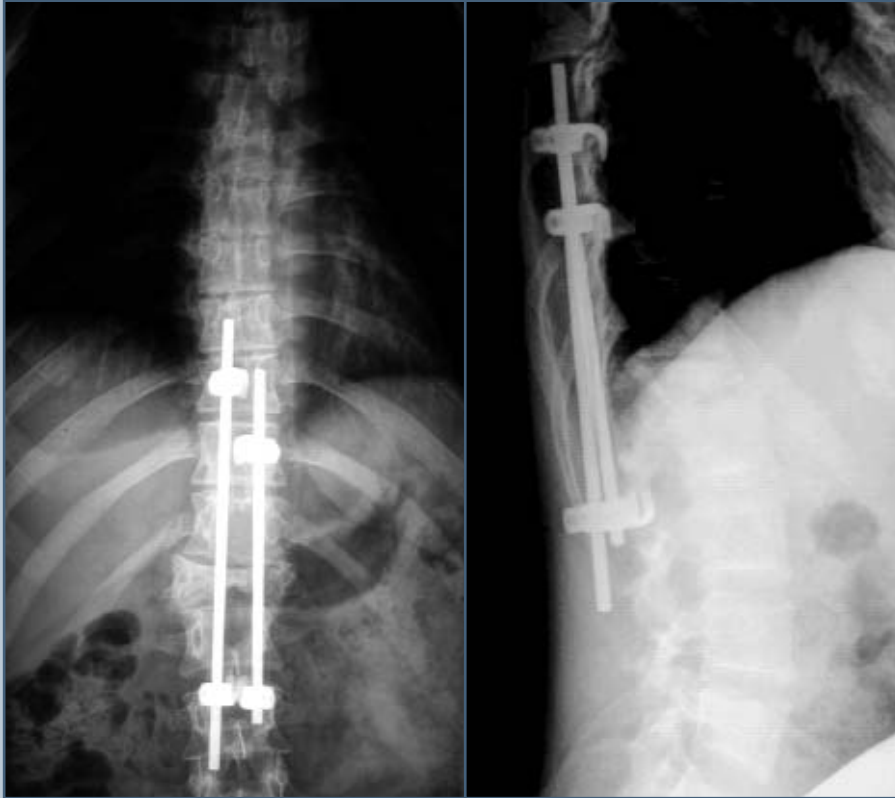


Рис. 6
Рентгенограммы позвоночника больного Д. через год после травмы



Рис. 7
Внешний вид больного Д. после лечения