

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.832-001.45/46-089:616.711.14-089.87

М.Х.Елхаж, Н.П.Рябуха, В.П.Берснев, С.Г.Шалаев, В.Г.Валерко

МИГРАЦИЯ ПУЛИ ВНУТРИ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования (ректор — д-р мед. наук О.Г.Хурцилава)

Ключевые слова: позвоночный канал, пулевое ранение, миграция пули.

Огнестрельные ранения спинного мозга ежегодно составляют около 13–17% от всех спинальных травм. Позиционная миграция пули или осколков в литературе представлена несколькими сообщениями [1–4], в данном случае демонстрируется динамика при интрадуральной миграции пули с нарастанием болевого корешкового синдрома через 3 мес после огнестрельного ранения.

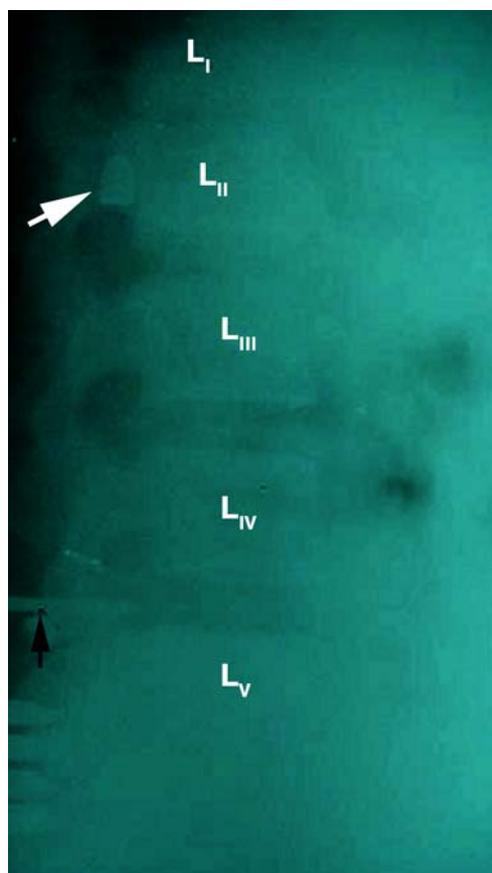
Пострадавший К., 24 лет, военнослужащий, получил огнестрельное ранение в поясничную область спины и живота во время военных действий в Чеченской Республике в 2006 г. Ранение было произведено из высокоскоростного оружия (автомат Калашникова). Одно входное отверстие располагалось паравертебрально на уровне L_{I-II} позвонков, другое — в правой подвздошной области. По неотложным показаниям была выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости с удалением пули.

Неврологический статус при поступлении — сознание ясное, контактен, адекватен, ШКГ — 15 баллов. Черепно-мозговые нервы — в пределах нормы. Резкое ограничение и болезненность при движениях в поясничном отделе позвоночника. Нижний парапарез, сила в ногах снижена до 4 баллов с обеих сторон. Тактильная чувствительность и мышечно-суставное чувство сохранено. Глубокие рефлексы с ног угнетены. Мышечный тонус снижен равномерно. Менингеальный синдром не выражен.

На обзорных спондилограммах, миелограммах и компьютерных томограммах в позвоночном канале на уровне L_{III} выявлялось инородное тело металлической плотности (пуля), расположенная между корешками конского хвоста с минимальным повреждением костных структур (рисунок).

Учитывая отсутствие симптомов компрессии корешков и ликвородинамических нарушений, после первичной хирургической обработки раны проводилась консервативная терапия в течение 3 мес — антибактериальная, восстановительная терапия, ЛФК, массаж. Отмечалось улучшение в виде нарастания объема движений в нижних конечностях до 5 баллов, регресс болевого синдрома.

Через 3 мес после ранения, в результате незначительной физической нагрузки, пациент почувствовал резкую боль в пояснице, появилось онемение по задней поверхности правой ноги, нарушение функции тазовых органов, слабость в правой икроножной мышце. Из-за болевого синдрома произошло резкое ограничение локомоторной функции, из-за



Рентгенограмма пояснично-крестцового отдела большого К., 24 лет. Пуля на уровне L_{II} в просвете спинного канала (указано стрелкой).

выраженного болевого синдрома больной не мог находиться в вертикальном положении, не мог сидеть даже в течение 1 ч и при передвижении вынужден был использовать вспомогательные средства. Поступил в отделение повторно для определения дальнейшей тактики лечения.

При осмотре — больной контактен, адекватен. Отмечалась сглаженность поясничного лордоза, напряжение разгибателей поясницы, болезненность их при пальпации, гиперестезия в области L_{V-S_1} корешков. Сухожильные рефлексy: коленные — симметричны, ахиллов рефлекс —

снижен справа. Определяется нижний парапарез до 4 баллов, мышечная сила в разгибателях стопы справа снижена до 2–3 баллов, слева — до 4 баллов. На контрольных спондилограммах — инородное тело (пуля) в просвете позвоночного канала мигрировало на уровень тела S₁ позвонка. При миелографии с омнипаком — компрессия воронки корешка S₁ справа.

Проведены декомпрессивная ламинэктомия L_V позвонка, ревизия эпидурального и субдурального пространства, удаление инородного тела (пули) из дурального мешка на уровне конского хвоста. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки.

При выписке — сохраняется нижний парапарез со снижением силы в ногах до 4 баллов, угнетение рефлексов с ног, гипестезия в L_V–S₁ справа. Болевой корешковый синдром регрессировал полностью. Выписан для дальнейшего амбулаторного наблюдения.

Представленное наблюдение демонстрирует возможность миграции пули с уровня L_I–L_{III} до S₁ позвонка через

3 мес после огнестрельного ранения под влиянием минимальной физической нагрузки интрадурально с развитием неврологической симптоматики компрессии корешка S₁. После ламинэктомии и удаления пули неврологический дефицит, явления раздражения корешка регрессировали.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Bono C.M., Heary R.F. Gunshot wounds to the spine // Spine J.—2004.—Vol. 4–2.—P. 230–240.
2. Isiklar Z.U., Lindsey RW. Gunshot wounds to the spine // Injury.—1998.—Vol. 29, Suppl. 1.—P. SA7–12.
3. Mirovsky Y., Shalmon E., Blankstein A., Halperin N. Complete paraplegia following gunshot injury without direct trauma to the cord // Spine.—2005.—Vol. 30, № 21.—P. 2436–2438.
4. Splavski B., Vrankovic D., Saric G. et al. Early management of war missile spine and spinal cord injuries: experience with 21 cases // Injury.—1996.—Vol. 27, № 10.—P. 699–702.

Поступила в редакцию 02.07.2009 г.

© Коллектив авторов, 2010
УДК [616.329-006.6+616.132.2-004.6+616.133.33-004.6]-089

Р.А.Азовцев, В.П.Морозов, П.С.Пудяков

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С СОЧЕТАНИЕМ РАКА ПИЩЕВОДА И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М.Седов) ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» МЗ и СР РФ

Ключевые слова: рак пищевода, ишемическая болезнь сердца и головного мозга, ангиопластика.

В последнее время все чаще встречаются сочетания тяжелых атеросклеротических поражений в виде окклюзий и стенозов артерий самых разных бассейнов и опухолевых заболеваний. И те, и другие представляют серьезную угрозу здоровью и жизни больного и существенно осложняют выбор лечебной тактики.

Обе группы заболеваний являются показаниями к оперативному лечению. Причем операции должны выполняться своевременно и представлять собой существенный риск в связи с высокой сложностью и реальной угрозой тяжелых осложнений. Если в первую очередь выполняется радикальная операция из-за онкологического заболевания, то в послеоперационном периоде велика вероятность развития острого коронарного синдрома при имеющейся ИБС. Если вначале выполнить операцию на сосудах, резко увеличивается длительность допустимого срока выполнения радикальной операции по поводу злокачественных опухолей.

В клинике лечебная тактика при сочетании сосудистых поражений сердца и головного мозга и онкологическими заболеваниями ограничивается двумя вариантами:

1) операции, выполняемые одномоментно, т.е. носят характер симультанных;

2) операции, выполняемые последовательно.

Выбор определяется рядом факторов, но, прежде всего, степенью операционного риска. Единого общепризнанного отношения к выбору того или иного варианта не сформулировано. Это послужило поводом для представления следующего клинического наблюдения.

Больной К., 55 лет, поступил в клинику факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова 10.11.2008 г. для оперативного лечения с диагнозом: «Генерализованный атеросклероз; ишемическая болезнь головного мозга; ишемическая болезнь сердца; острый инфаркт миокарда в 2002 г.; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; состояние после аортокоронарного шунтирования в 2002 г.; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки».

Жалобы при поступлении: на слабость, головокружение, шум в голове, боли за грудиной сжимающего характера, чувство онемения левой верхней конечности, боли в ногах при ходьбе, боли в эпигастрии.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс ритмичный, ослаблен на левой руке. Тоны сердца приглушены. АД