

М.С. Кувин, В.А. Домашевский, А.Ю. Красовский, Д.И. Егоров, В.В. Дыгай

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

МУЗ ГКБ № 3 (Иркутск)

Описан клинический случай тяжелой сочетанной кататравмы, где применен метод прогнозирования. Лечение пострадавшей проводилось по методике Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

Ключевые слова: сочетанная травма, прогноз, лечение

PREDICTION AND TREATMENT OF COMBINED CATATRAUMA (PRACTICE CASE)

M.S. Kuvin, V.A. Domashevskij, A.U. Krasovskij, D.I. Egorov, V.V. Digaj

Municipal state clinical hospital N 3, Irkutsk

Clinical case of severe combined catatrauma when prediction method was used is observed. During the treatment the method of Saint-Petersburg SRC of ambulance named after I.I. Dzanelidze was used.

Key words: combined catatrauma, prediction, treatment

Сочетанная травма представляет серьезную медико-социальную проблему. По данным различных авторов сочетанная травма составляет до 22 % в общей структуре травмы, но летальные исходы наблюдаются в 40–60 %, а инвалидизация 25–45 %. По данным нашей клиники, на третьем месте в структуре сочетанной травмы занимает кататравма (15,7 %) [1]. В последнее время увеличилось количество пациентов с данной патологией.

Прогнозирование исходов лечения и наиболее благоприятного времени для оперативного вмешательства и уменьшение, а в идеале исключение развития осложнений, таких как жировая эмболия, тромбоэмболия, травматический шок, кровопотеря, ДВС требует применение той или другой методики. Пациенты с сочетанной травмой, а в последствии с травматической болезнью требуют прогнозирования течения ее в остром периоде в первые двое суток, причем данные мероприятия должны быть адекватными в отношении сохранения жизни пострадавшего и обеспечения дальнейшего лечения, соблюдения стандартов ведения и щадящей оперативной техники. Методика прогнозирования, предложенная Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, применяется в нашей клинике.

Концепция травматической болезни, рассматривающая взаимосвязь и взаимопреемственность всех патологических процессов и реакций патологического и адаптивного характера от ее начала и до конечного исхода, требует для проведения лечебных мероприятий патогенетического подхода, а созданная на ее основе система прогнозирования дает основу для превентивного лечения и проведения профилактических мероприятий [2].

Построение системы лечебных мероприятий на базе концепции травматической болезни позволи-

ло существенно улучшить результаты лечения пострадавших с сочетанной травмой. Наиболее употребительной к условиям клиники оказался «бланковый» метод предложенный Г.И. Назаренко [3].

Демонстрируем данный метод прогнозирования на клиническом примере.

Пациентка К. 17 лет, № истории болезни 1904, доставлена в приемный покой МУЗ ГКБ № 3, 15.05.06 г., в 6 часов 10 минут машиной «скорой помощи», по вызову принятому в 5 часов 6 минут. Причиной травмы явилось падение с 6 этажа.

Диагноз при поступлении: тяжелая сочетанная кататравма. Открытые оскольчатые 2Б степени переломы обеих бедер, справа с дефектом костной ткани. Закрытый поперечный оскольчатый перелом обеих плечевых костей. Закрытый субкапитальный перелом шейки левого бедра. Закрытый перелом лонной и седалищной костей с обеих сторон без смещения отломков. Закрытый оскольчатый перелом левого надколенника. Гемартроз левого коленного сустава. Закрытый перелом 4, 5 плюсневых костей правой стопы со смещением отломков. Забрюшинная гематома. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Травматический шок III степени (рис. 1–5).

Заместить дефект бедра не представлялось возможным, так как осколок бедренной кости находился в одежде пострадавшей.

При поступлении пациентка сразу была погнута в палату интенсивной терапии, и начата противошоковая терапия. УЗИ органов брюшной полости, плевральной полости эхоструктурных изменений не обнаружило.

Было проведено прогнозирование течения болезни по методу Г.И. Назаренко, суммарный бал составил 32 единицы, что соответствует неблагоприятному прогнозу для жизни.



Рис. 1. Рентгенограмма правой плечевой кости в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г.



Рис. 2. Рентгенограмма левой плечевой кости в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г.

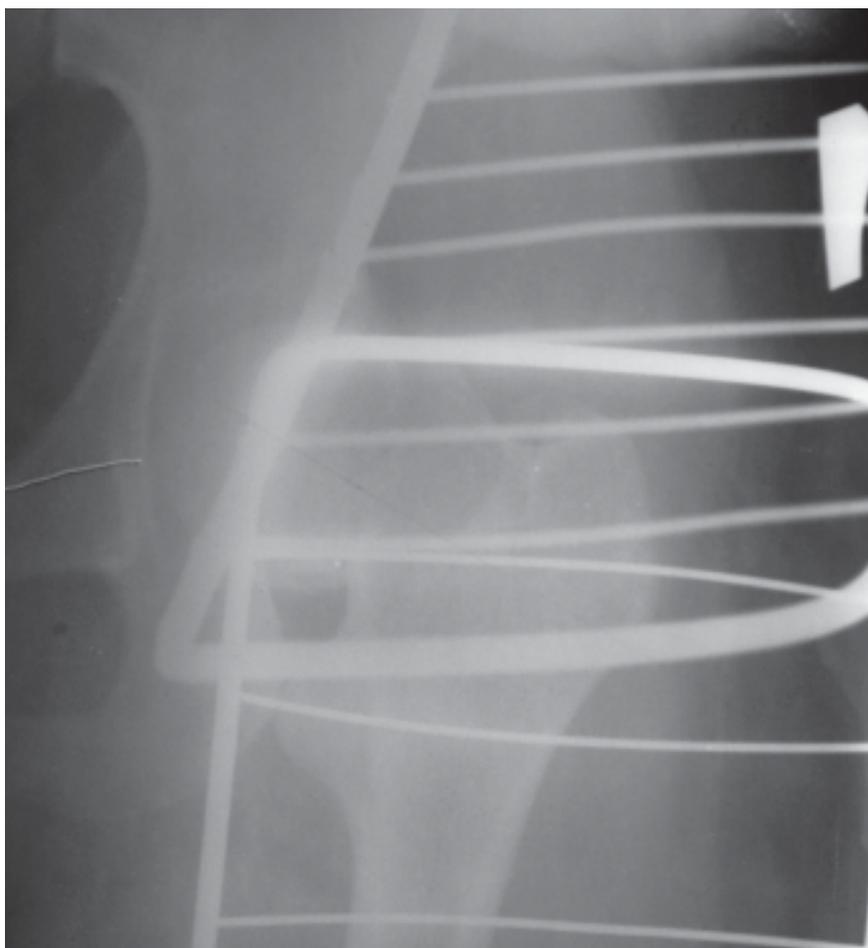


Рис. 3. Рентгенограмма правой бедренной кости в средней трети в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г.

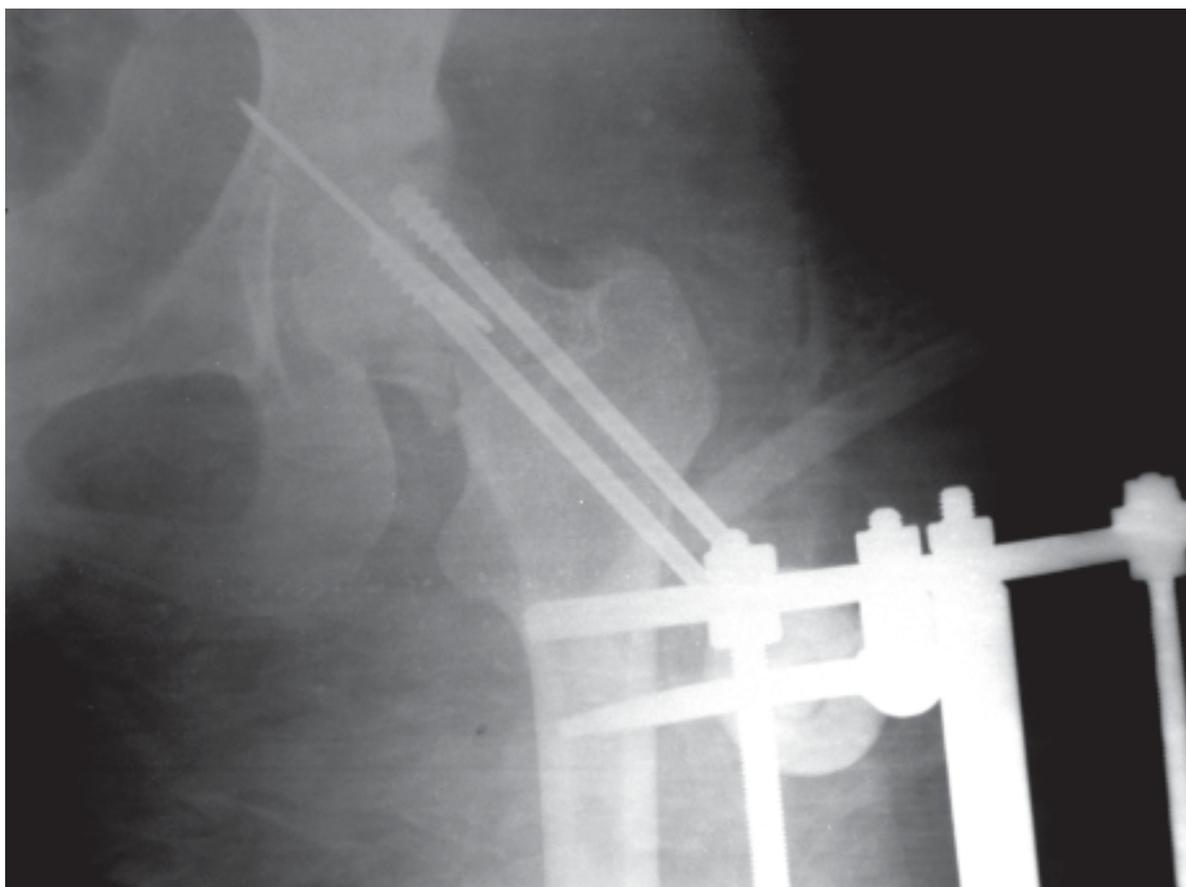


Рис. 4. Рентгенограмма левой половины таза и верхней трети левой бедренной кости в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г.



Рис. 5. Рентгенограмма левой бедренной кости в нижней трети в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г.

Проводилось лечение: антибактериальная, инфузионная, противошоковая терапия. Учитывая характер травмы — повреждение четырех сегментов, костей таза, из них два сегмента открытые переломы бедер — с целью стабилизации отломков, профилактики жировой и тромбоэмболии, профилактики дальнейшего развития шока, профилактики инфекционных осложнений, больной была показана экстренная операция параллельно с проведением интенсивной терапии при стабилизации гемодинамических показателей.

Хотя пациентка была отнесена к третьей клинической группе, в которой проводятся операции реанимационного характера, были достигнуты показатели гемодинамики, соответствующие уровню «безопасного функционирования», что позволило приступить к оперативному вмешательству для стабилизации переломов малоинвазивными методиками.

Оперативное вмешательство двумя бригадами параллельно, начало операции 14 часов 55 минут, конец 21 час 30 минут. На начало операции суммарный бал составил 29 единиц (рис. 6–12).

Операции:

1. Первичная хирургическая обработка открытого перелома нижней трети левого бедра. Закрытый внеочаговый остеосинтез комбинированным аппаратом внешней фиксации голень — стопа. Проточно-промывное дренирование.

2. Первичная хирургическая обработка открытого фрагментарного перелома средней трети правого бедра. Закрытый внеочаговый остеосинтез стержневым аппаратом внешней фиксации. Проточно-промывное дренирование.

3. Закрытый внеочаговый остеосинтез закрытого перелома средней трети левого плеча стержневым аппаратом внешней фиксации.

4. Закрытый внеочаговый остеосинтез закрытого перелома средней трети правого плеча стержневым аппаратом внешней фиксации.

5. Закрытая репозиция субкапитального перелома левой бедренной кости, металлоостеосинтез канюлированными винтами.

Учитывая длительность наркоза, оперативное вмешательство было закончено, хотя не удалось произвести репозицию и остеосинтез надколенника, что было решено провести в более позднее время, так как наиболее тяжелые переломы были стабилизированы, а стабилизация перелома надколенника достигнута без репозиции. За время операции была проведена инфузионная терапия в объеме 4800 мл, из этого объема гемотрансфузия составила 1400 мл. Анализ крови после операции: эр — 3,0; Нв — 94, Нт — 25.

Послеоперационный период осложнился синдромом дессиминированного внутрисосудистого свертывания, по дренажу из левой подвздошной области кровопотеря в течении получаса соста-

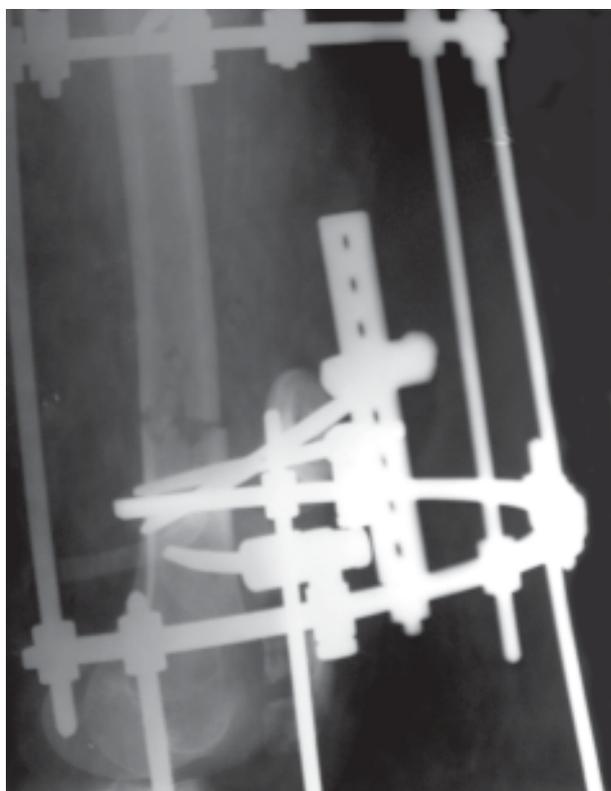


Рис. 6. Рентгенограмма правой плечевой кости в прямой и боковой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.

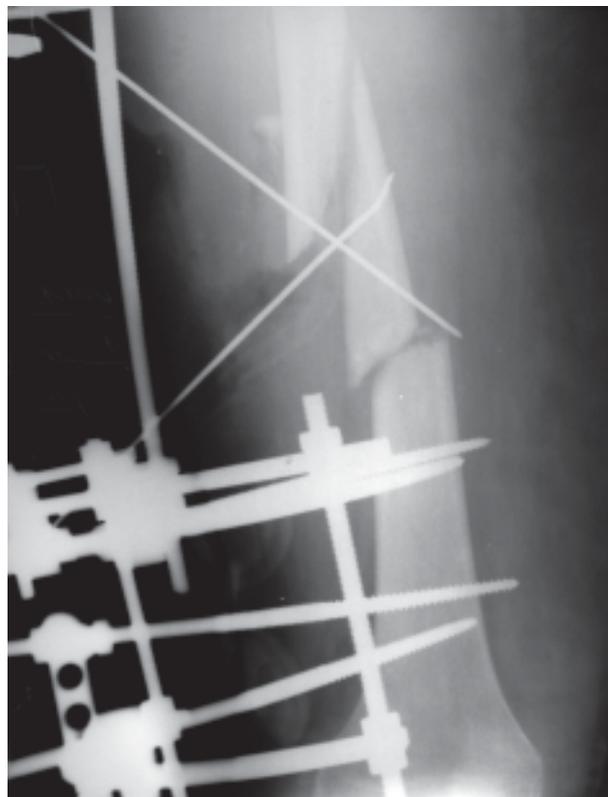


Рис. 7. Рентгенограмма левой плечевой кости в прямой и боковой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.

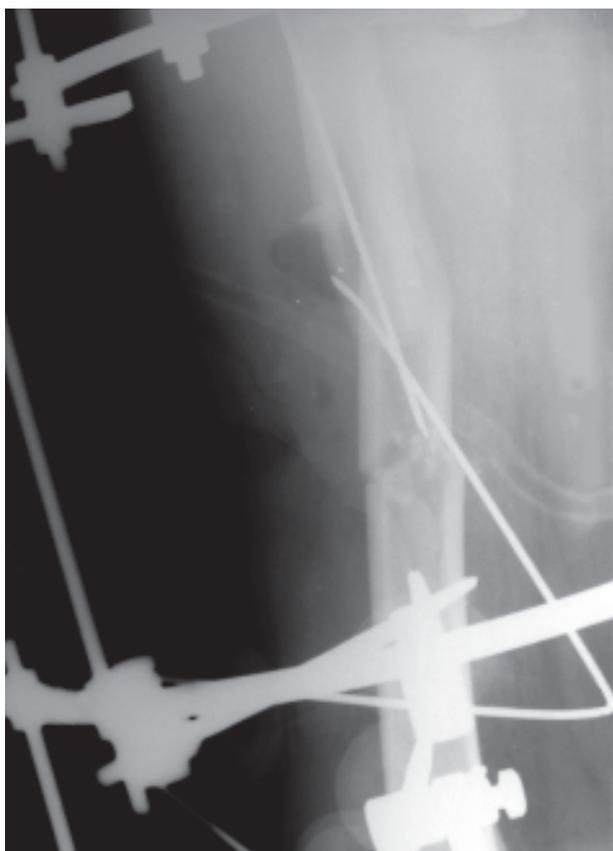


Рис. 8. Рентгенограмма правой бедренной кости в средней трети в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.

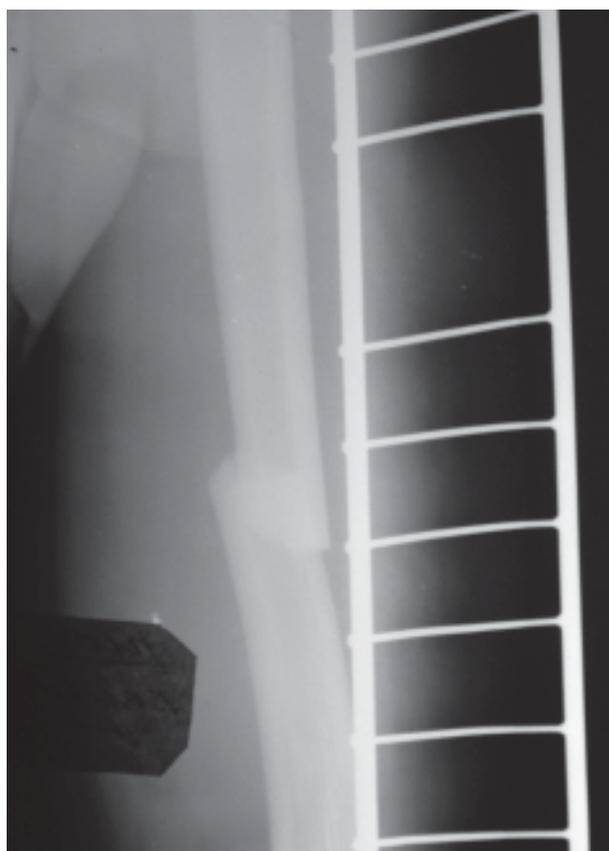


Рис. 9. Рентгенограмма правой бедренной кости в средней трети в боковой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.

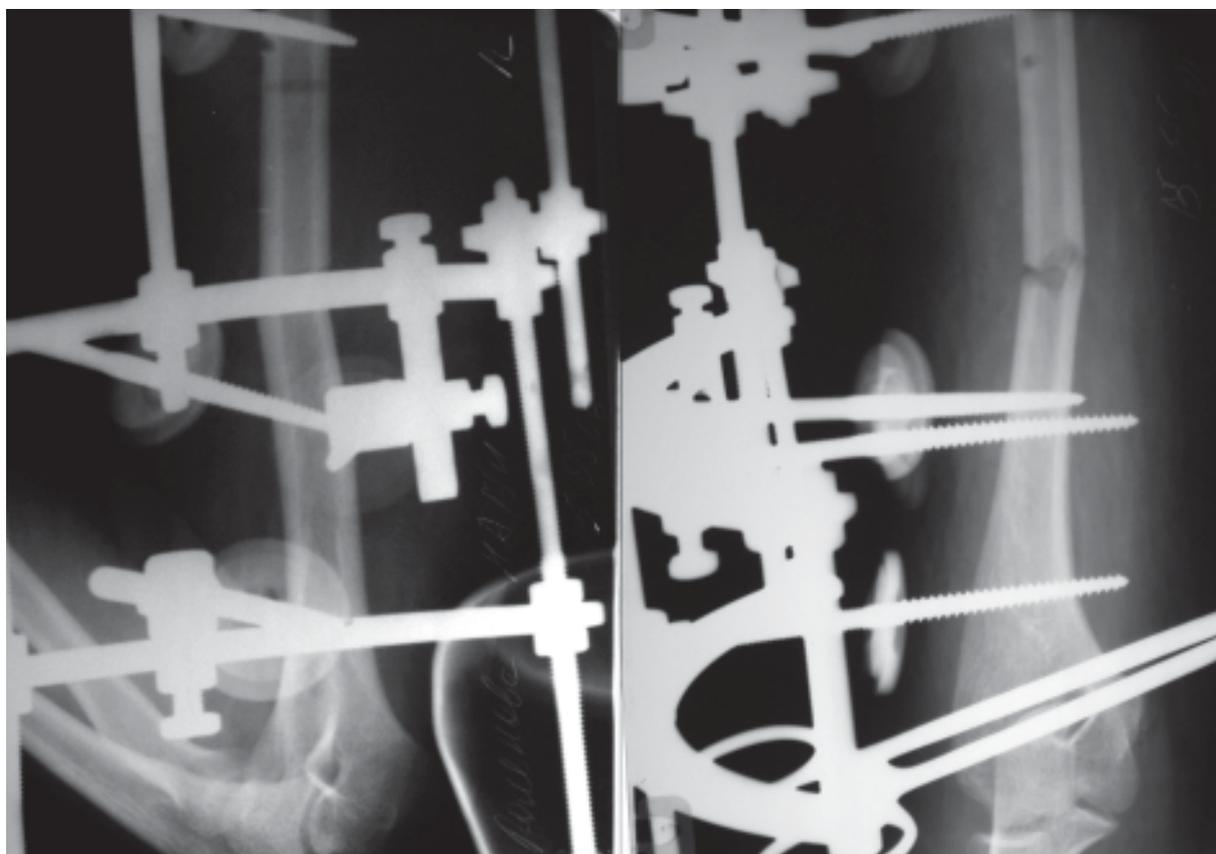


Рис. 10. Рентгенограмма левой половины таза и верхней трети левой бедренной кости в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.

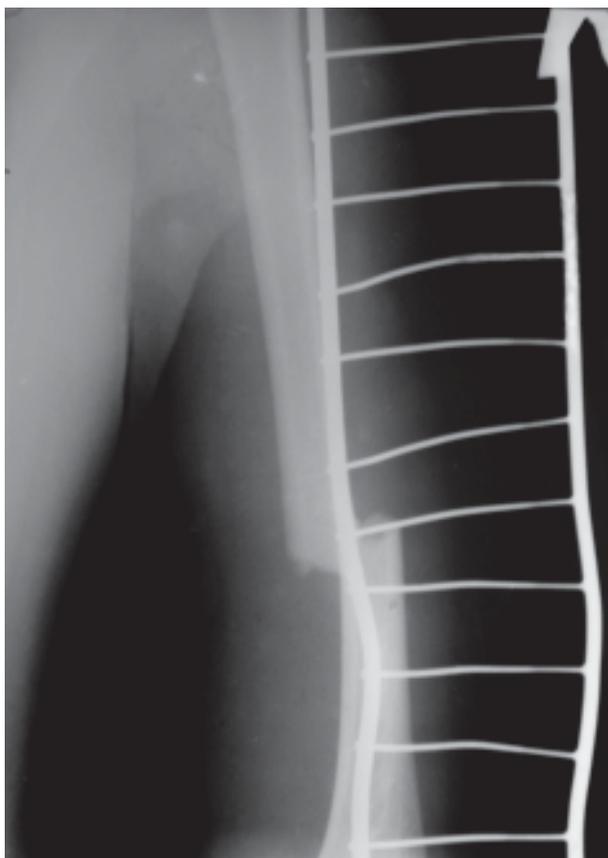


Рис. 11. Рентгенограмма левой бедренной кости в нижней трети в прямой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.



Рис. 12. Рентгенограмма левой бедренной кости в нижней трети в боковой проекции пациентки К. 15.05.06 г., после операции.

вила 300 мл, ревизия послеоперационной раны источника кровотечения не обнаружило. Начато лечение синдрома дессиминированного внутрисосудистого свертывания. Продолжена антибактериальная и симптоматическая терапия.

В первые сутки после операции пациентка продолжает находиться в палате интенсивной терапии и реанимации на продолженной искусственной вентиляции легких, объем инфузии — 1400 мл, диурез — 1700 мл.

На вторые сутки после оперативного вмешательства пациентка переведена на самостоятельное дыхание, продолжает находиться в палате интенсивной терапии и реанимации, объем инфузии — 1450 мл (СЗП — 200 мл, эр. масса — 253 мл), диурез 600 мл. Осмотрена нейрохирургом повторно. Заключение: черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, жировая эмболия смешанной формы (рис. 13).

Повторное УЗИ структурных изменений со стороны почек не выявлено.

Продолжена интенсивная терапия, проводились перевязки.

На седьмые сутки произведено удаление дренажей с обеих бедер.

На восьмые сутки в состоянии средней степени тяжести переведена в отделение. Начата активизация пациентки, ЛФК для верхних конечностей. Обращает внимание вынужденное положение обеих кистей, назначена консультация невролога и психиатра.

Консультация психиатра: состояние после суицидальной попытки, в специализированном лечении у психиатра не нуждается.

Консультация невролога: травматический двусторонний плексит Дежерин — Клюбке, более выраженный справа. Глубокий парез кистей. Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести.

Заподозрено повреждение шейного отдела позвоночника. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила компрессионный перелом тел C_4 , C_5 1 степени компрессии. Наложено пластиковый головодержатель.

Уточненный клинический диагноз: тяжелая сочетанная кататравма. Открытые оскольчатые 2Б степени переломы обеих бедер, справа с дефектом костной ткани. Закрытый поперечный оскольчатый перелом обеих плечевых костей. Закрытый субкапитальный перелом шейки левого бедра. Закрытый перелом лонной и седалищной костей с обеих сторон без смещения отломков. Закрытый оскольчатый перелом левого надколенника. Гемартроз левого коленного сустава. Закрытый перелом 4, 5 плюсневых костей правой стопы со смещением отломков. Закрытый компрессионный перелом тел C_4 , C_5 первой степени, без повреждения спинного мозга. Забрюшинная гематома. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Травматический шок III степени. Жировая эмболия, смешанная форма. Травматический двусторонний плексит



Рис. 13. Пациентка К. на вторые сутки после оперативного лечения.



Рис. 14. Пациентка К. на 37 сутки после оперативного вмешательства.

Дежерин – Клюмке, больше выраженный справа. Глубокий парез кистей верхних конечностей.

На шестнадцатые сутки в области послеоперационных ран в области обеих бедер, несмотря на проводимую антибактериальную и реологическую терапию, начали формироваться эпидермальные некрозы.

Произведено снятие швов на 21 сутки. Отмечается расхождение краев ран, в подкожной клетчатке и краях ран имеется краевой некроз, начаты мазевые перевязки. Антибактериальное лечение продолжено (за это время произведена неоднократная смена антибактериальных препаратов). Учитывая неблагоприятный прогноз относительно жизни (– Т), развитие инфекционных осложнений расценено как позднее. По прогностическим признакам возникновение инфекционных осложнений было возможным в ближайшие 2–4 суток, но они проявились позже благодаря соответствующей антибактериальной терапии.

Учитывая перелом лонной и седалищных костей с обеих сторон без смещения отломков, через 37 суток после получения травмы начата активизация пациентки в постели. Она садится, спускает ноги. Раны в области обеих бедер выполняются эпителием (рис. 14).

Хотя лечение данного клинического случая еще не закончено, но результаты, полученные нами, позволяют сделать следующие выводы.

1. Благодаря прогнозированию, были проведены своевременные реанимационные мероприятия и малоинвазивные оперативные вмешательства, что позволило избежать грозных осложнений и летального исхода у пациентки.

2. Необходимо более полно использовать прогнозирование для лечения пациентов с сочетанной травмой, что позволяет оптимизировать их лечение.

3. Ранняя стабилизация переломов при сочетанной травме, в первые 12 часов, позволяет оптимизировать прогноз заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы экстренной медицинской помощи: сборник материалов IV научно-практической конференции, посвященной проблемам экстренной медицинской помощи / Под ред. В.В. Дыгая. – Иркутск, 2004. – 78 с.

2. Сочетанная механическая травма. Учебно-методическое пособие / Под общей ред. С.Ф. Баганенко // Вып. 2. Травматическая болезнь (этиология, общие вопросы патогенеза, клиники и лечения) // СПб. НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб., 2001. – 30 с.

3. Сочетанная механическая травма Учебно-методическое пособие / Под общей ред. С.Ф. Баганенко // Вып. 3. Прогнозирование течения и исходов травматической болезни / СПб. НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб., 2002. – 25 с.