

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ТАЗА И НАЛИЧИЕМ КОЛОСТОМЫ

А.В. Миронов^{1*}, И.А. Редько¹, В.В. Бояринцев²¹ ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ, Москва² ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

MANAGEMENT OF A PATIENT WITH COMBINED PELVIC INJURY AND COLOSTOMY

A.V. Mironov^{1*}, I.A. Redko¹, V.V. Boyarintsev²¹ Clinical Hospital No 1 of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia² Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

* E-mail: avmtravma@mail.ru

Аннотация

В статье представлен случай оперативного лечения пациента с переломом гребня подвздошной кости, классифицируемым по АО/ОТА 61A2.1, в составе политравмы и установленной колостомой после частичной резекции сигмовидной кишки по поводу закрытой травмы живота. Данный случай интересен тем, что пациенту с колостомой применено малоинвазивное хирургическое лечение перелома крыла подвздошной кости с одноименной стороны в приемлемые сроки для достижения репозиции. Миниинвазивная внутренняя фиксация подобного перелома при наличии у пациента колостомы не освещена в научных статьях.

Ключевые слова: политравма, сочетанная травма, колостома, перелом таза, миниинвазивный остеосинтез.

Abstract

The article describes a case of surgical treatment of a patient with an iliac crest fracture, classified by AO/OTA 61A2.1, as a part of polytrauma. The patient had colostomy after previous partial resection of the sigmoid colon because of closed abdominal injury. This case is of interest to surgeons because the patient with colostomy was operated on with a minimally invasive surgical intervention for fracture in the iliac wing on the same side within an acceptable timeframe to achieve reposition. Minimally invasive internal fixation of such fractures in a patient with colostomy has not been described in literature.

Key words: polytrauma, concomitant injury, colostomy, pelvic fracture, minimally invasive osteosynthesis.

Ссылка для цитирования: Миронов А.В., Редько И.А., Бояринцев В.В. Лечение пациента с сочетанной травмой таза и наличием колостомы. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2023; 1: 79–81.

Перелом костей таза составляет 3–18% общего числа повреждений, причем из них 20–30% входят в состав политравмы [1]. Политравмы – наиболее сложные травмы, при которых возникает несколько тяжелых повреждений в нескольких областях тела, острое нарушение жизненно важных функций, повреждения кишечника [2]. Ободочная кишка при переломах таза повреждается в 36.7% случаев, а повреждение сигмовидной кишки составляет 11.5% в структуре сочетанной закрытой травмы кишечника [3].

Возможности хирургического метода лечения переломов таза при наличии лапаротомных разрезов, колостом, цистостом, дренажей и воспалительных процессов в области передней брюшной стенки ограничены [4, 5].

Тактика лечения пациентов с сочетанной травмой таза требует подхода «этапного хирургического лечения» (с англ. damage control orthopaedics), и в каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход в терапии [6].

Консервативный метод лечения перелома гребня подвздошной кости применяется при минимальном смещении и требует длительного срока исключения нагрузки на ипсилатеральную нижнюю конечность.

Оперативный метод лечения, как правило, требует открытой репозиции и внутренней фиксации пластиной и винтами, однако наличие колостомы ограничивает применение данного метода. Важным вопросом являются оптимальные сроки оперативного лечения перелома гребня подвздошной кости с учетом наличия колостомы.

Клиническое наблюдение

Представлен клинический случай лечения пациента Ц., 39 лет, с диагнозом: «Тяжелая сочетанная травма. Травматический шок 2-й степени. Открытая черепно-мозговая травма. Перелом свода и основания черепа, перелом костей носа без смещения, лобных отростков верхней челюсти. Ушиб головного мозга средней степени тяжести. Ушиб глазного яблока. Гематосинус. Гематотимпанум с двух сторон. Ушиб в нижних долях обоих легких. Закрытый перелом левой ключицы со смещением. Закрытый неосложненный компрессионный перелом тела L2 позвонка. Ушиб левой почки. Закрытый оскольчатый перелом крыла подвздошной кости слева. Множественные ссадины подбородка, левой верхней конечности, левой голени. Ушиб мягких тканей правого бедра, левой голени и правого коленного сустава.



Рис. 1. Состояние после лапаротомии, выведение стомы



Рис. 2. Переломы гребня подвздошной кости и ключицы по КТ

Закрытая травма живота. Разрыв брыжейки сигмовидной кишки. Обширная десерозация сигмовидной кишки. Забрюшинная гематома. Лапаротомия. Ревизия внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Резекция участка сигмовидной кишки. Колостомия. Санация, дренирование брюшной полости. Анемия средней степени тяжести». Из анамнеза известно: травма в результате ДТП. Был госпитализирован в стационар, выполнено оперативное лечение по поводу гемоперитонеума. Лапаротомия. Ревизия и санация внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Резекция участка сигмовидной кишки. Колостомия (рис. 1).

Через семь дней после операции пациент в стабильном тяжелом состоянии переведен в Клиническую больницу № 1 Управления делами Президента РФ (ФГБУ КБ1 УДП РФ).

Тяжесть состояния обусловлена клиникой ушиба головного мозга, дыхательной недостаточностью, выраженным болевым синдромом в области перелома.

Пациент предъявлял жалобы на нестерпимую головную боль, усиливающуюся в ночное время; головокружение при поворотах головы; нарушение восприятия звука; одышку, чувство нехватки воздуха при разговоре; боль в области левой половины таза и левого надплечья; боль в области правой голени и левого коленного сустава; отсутствие опорной функции левой нижней конечности; наличие колостомы; вынужденное положение. При осмотре выявлены многочисленные ссадины и раны, полученные в результате ДТП. При осмотре костей таза: боль в области передней верхней ости справа, при пальпации гребня крыла подвздошной кости слева, признаков нестабильности тазового кольца нет; гематома области левого тазобедренного сустава сине-фиолетового цвета, распространяющаяся от области верхней трети бедра до поясничной области без напряжения,

признаков флюктуации и воспаления; в области левой голени в средней трети и правого коленного сустава гематома в стадии разрешения; послеоперационные раны в области живота без воспаления, швы состоятельны, колостома функционирует.

В стационарном отделении скорой медицинской помощи выполнено обследование по протоколу политравмы (рис. 2).

После стабилизации пациента в условиях реанимации дальнейшее лечение проводилось в травматологическом отделении ФГБУ КБ1 УДП РФ.

В связи с ранним послеоперационным периодом после выведения колостомы принято решение об отсроченном одноэтапном оперативном лечении перелома ключицы и таза. Проведена комплексная терапия травматической болезни, активизация в кровати.

Через 13 дней с момента выведения колостомы выявлена частичная спаечная тонкокишечная динамическая непроходимость, которую смогли разрешить безоперационным путем.

Через 17 дней с момента травмы, учитывая особенности заболевания, гиподинамический режим, трудности активизации, с целью активизации пациента, снижения риска гипостатических осложнений, создания условий для консолидации переломов и восстановления функции принято решение о проведении ортопедического этапа лечения. С целью снижения анестезиологического риска и сокращения продолжительности оперативного лечения операции выполнены двумя бригадами хирургов одновременно. Реконструктивная операция по восстановлению целостности желудочно-кишечного тракта была отложена на два месяца с момента формирования колостомы.

Общее время операций остеосинтеза левой ключицы пластиной и остеосинтеза оскольчатого перелома гребня левой подвздошной кости винтами составило 65 минут (рис. 3).



Рис. 3. Рентгенография костей таза и ключицы после остеосинтеза

В послеоперационном периоде отмечались значимое улучшение и легкость в активизации. В течение двух месяцев пациент начал самостоятельно себя обслуживать, ходить без дополнительной опоры с полным восстановлением по травматолого-ортопедическому профилю. Рентгенологически – полная консолидация переломов. Через два месяца после выведения колостомы выполнена реконструктивная пластическая операция по восстановлению целостности кишечника.

Обсуждение

Наличие колостомы ограничивает применение широких доступов к крылу подвздошной кости из-за риска инфицирования, но не является противопоказанием к погружным методикам; вследствие применения мини-инвазивного остеосинтеза винтами в качестве альтернативы использования пластины может быть снижен объем оперативной агрессии и минимизирован риск инфекционных осложнений. Проведенный остеосинтез оскольчатого перелома крыла подвздошной кости винтами позволил расширить активизацию пациента сразу после операции. В данном клиническом случае срок две-три недели с момента установки колостомы был расценен как оптимальный для окончательного оперативного лечения перелома гребня подвздошной кости. Это позволило применить малотравматичный остеосинтез, избежать сложных реконструктивных операций на кости и создать условия для активизации и нормализации функционирования желудочно-кишечного тракта.

Авторы выражают благодарность пациенту за согласие на фотосъемку и публикацию случая, а также благодарность хирургам 1-го хирургического отделения ФГБУ КБ1 УДП РФ А.М. Зубову и А.Ю. Калиниченко, клиническому фармакологу Ю.Ю. Титаровой, анестезиологу С.Ю. Спиридонову.

Литература

1. Чикаев В.Ф. и др. Особенности диагностики и лечения сочетанного повреждения таза и живота в неотложной травматологии // Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97. – № 6. – С. 837–841. [Chikaev V.F. et al. Diagnostic and treatment features of concomitant injuries of pelvis and abdomen in the emergency traumatology // Kazanskiy medicinskiy

- zhurnal (Kazan Medical Journal). – 2016. – V. 97. – № 6. – P. 837–841. In Russian]. doi: 10.17750/KMJ2016-837.
2. Гуманенко Е.К. и др. Тяжелая сочетанная травма и политравма. Определение, классификация, клиническая характеристика, исходы лечения // Политравма. – 2021. – № 4. – С. 6–17. [Gumanenko E.K. et al. Severe combined trauma and polytrauma: definition, classification, clinical characteristics, treatment outcomes // Politravma (Polytrauma). – 2021. – V. 4. – P. 6–17. In Russian]. doi: 10.24412/1819-1495-2021-4-6-17.
3. Маскин С.С. и др. Стандартизация лечебно-диагностического подхода при сочетанной закрытой травме кишечника // Политравма. – 2020. – № 3. – С. 12–19. [Maskin S.S. et al. Standardization of treatment and diagnostic approach for combined blunt bowel injury // Politravma (Polytrauma). – 2020. – V. 3. – P. 12–19. In Russian]. doi: 10.24411/1819-1495-2020-10028.
4. Scheyerer M.J. et al. Anterior subcutaneous internal fixation for treatment of unstable pelvic fractures // BMC research notes. – 2014. – V. 7. – P. 1–10. doi: 10.1186/1756-0500-7-133.
5. Жиленко В.Ю. и др. Опыт восстановления целостности тазового кольца у пациента с сочетанной травмой // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 210–210. [Zhilenko V.Yu. et al. Experience restore the integrity of the pelvic ring in a patient with associated trauma // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya (Modern problems of science and education). – 2017. – № 5. – P. 210–210. In Russian].
6. Ардашева Е.И. и др. Перелом костей таза в составе политравмы. Тактика комплексного интегративного подхода при оказании госпитальной помощи с применением концепции damage control orthopaedics // Политравма. – 2022. – № 3. – С. 89–100. [Ardasheva E.I. et al. Fracture of the pelvis as a part of polytrauma. Tactics of complex integrative approach in rendering hospital care using of damage control orthopaedics // Politravma (Polytrauma). – 2022. – № 3. – P. 89–100. In Russian]. doi: 10.24412/1819-1495-2022-3-89-100.