

Ukr Neurosurg J. 2022;28(2):54-56  
doi: 10.25305/unj.257985

## Мінно-вибухова травма хребта та спинного мозку: клінічний випадок

Слинько Є.І., Деркач Ю.В., Ермольєв А.І., Нехлопочин О.С., Тевзадзе Д.А.

Відділення патології спинного мозку та хребта, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Надійшла до редакції 01.05.2022  
Прийнята до публікації 25.05.2022

### Адреса для листування:

Деркач Юрій Володимирович,  
Відділення патології спинного мозку та хребта, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова, вул. Платона Майбороди, 32, Київ, 04050, Україна, e-mail: 290986@ukr.net

Унаслідок російсько-української війни значно зросла кількість хворих з травмою хребта і спинного мозку.

За даними літератури, на частку вогнепальних поранень хребта і спинного мозку припадало 0,26% від усіх поранень солдатів під час громадянської війни в США, рівень смертності становив 55%. Згідно з даними американських військових, частка травм хребта і спинного мозку у структурі причин смерті на війні становила 1,2% під час війни в Кореї, 1,0% – під час війни у В'єтнамі та війни в Перській затоці, 6,0% – під час вторгнення США в Панаму, 11,1% – під час війни в Афганістані та Іраку. Нині інвалідність, пов'язана з травмами хребта (14,0%), є основною причиною звільнення з військової служби американських солдатів, які отримали поранення.

Пацієнт М., 32 роки, чоловік. Отримав мінно-вибухову травму. Одразу після травми, зі слів хворого та згідно з медичною документацією, були відсутні рухи у нижніх кінцівках та кистях. Вирішено провести хірургічне втручання в обсязі корпоректомії хребців С7–Тh1 і декомпресію спинного мозку на рівні хребців С7–Тh1. На момент виписки (через 16 днів після хірургічного втручання) неврологічний дефіцит регресував до рівня Frankel С. Хворого виписано в задовільному стані для проходження подальшого реабілітаційного лікування.

Чіткий послідовний швидкий алгоритм дій при травмі хребта і спинного мозку дав змогу надати висококваліфіковану допомогу, що сприяло значному регресу неврологічного дефіциту в післяопераційний період.

**Ключові слова:** мінно-вибухова травма; травма хребта і спинного мозку; шийний відділ хребта.

Унаслідок російсько-української війни значно зросла кількість хворих з травмою хребта і спинного мозку.

За даними літератури, на частку вогнепальних поранень хребта і спинного мозку припадало 0,26% від усіх поранень солдатів під час громадянської війни в США, рівень смертності становив 55% [1]. Згідно з даними американських військових [2], частка травм хребта і спинного мозку у структурі причин смерті на війні становила 1,2% під час війни в Кореї, 1,0% – під час війни у В'єтнамі та війни в Перській затоці, 6,0% – під час вторгнення США в Панаму, 11,1% – під час війни в Афганістані та Іраку. Нині інвалідність, пов'язана з травмами хребта (14,0%), є основною причиною звільнення з військової служби американських солдатів, які отримали поранення [3].

### Клінічний випадок

Пацієнт М., 32 роки, чоловік. Отримав мінно-вибухову травму. Одразу після травми, зі слів хворого та згідно з медичною документацією, були відсутні рухи у нижніх кінцівках та кистях. На догоспітальному етапі надана первинна допомога.

Хворий був доставлений у місцевий шпиталь. Виконано дослідження згідно з протоколом політравми (рентгенографія органів грудної клітки, кінцівок, таза, комп'ютерна томографія головного мозку, хребта, органів грудної клітки, магнітно-резонансна томографія шийного відділу хребта) (Рис. 1, 2).

Установлено діагноз: Мінно-вибухова травма. Політравма. Закрита тяжка травма спинного мозку та хребта. Переломи-вивихи на рівні хребців С7–Тh1 з травматичним абсолютним стенозом хребтового каналу на рівні хребців С7–Тh1. Забій спинного мозку на рівні хребців С7–Тh1. Нижня парапарезія. Верхній парапарез. Клінічна група Frankel А. Закрита черепно-мозкова травма. Забій головного мозку з формуванням вогнищ забою в скроневій ділянці справа. Закрита травма грудної клітки. Гемоторакс з обох боків. Забій обох легень.

Хворий консультований торокальним хірургом, хірургом, травматологом, заочно – нейрохірургом. З огляду на наявність кістково-травматичних змін шийного відділу хребта, виражений неврологічний дефіцит, який відповідає рівню ураження, прийнято рішення про транспортування хворого в Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України.



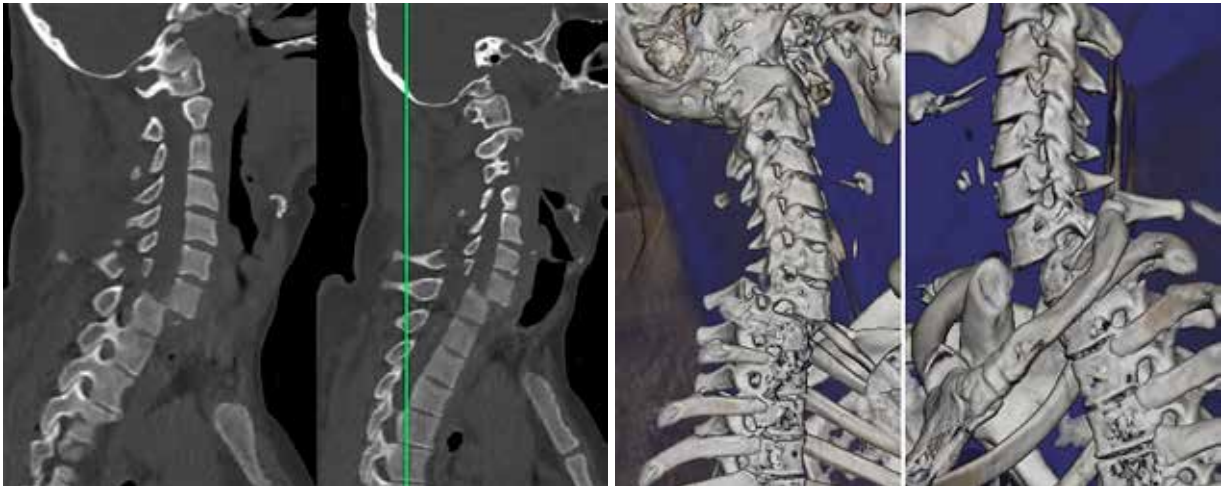
Вирішено провести хірургічне втручання в обсязі корпорекомії хребців C7–Th1 і декомпресію спинного мозку на рівні хребців C7–Th1, корпородезу за допомогою титанового міжтілового імплантату на рівні хребців C7–Th1 (**Рис. 3**). Хірургічне втручання виконано за загальноприйнятою методикою при травмі хребта і спинного мозку. Ускладнень під час хірургічного втручання не було. Після операції хворого переведено у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Наступного дня після операції проведено контрольне дослідження за допомогою спіральної комп'ютерної томографії (**Рис. 4**).

У ранній післяопераційний період збільшився обсяг рухів у кистях і лівій нижній кінцівці, з'явилися чутливість у правій нижній кінцівці.

Хворий отримав консервативну терапію (антибактеріальну, протинабрякову, відновну), пройшов курс лікування з фізіотерапевтом.

На момент виписки (через 16 днів після хірургічного втручання) неврологічний дефіцит регресував до рівня Frankel C.

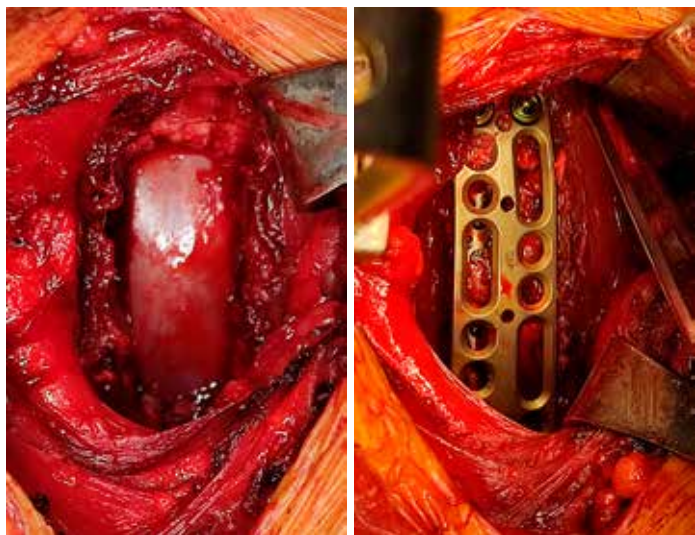
Хворого виписано в задовільному стані для проходження подальшого реабілітаційного лікування.



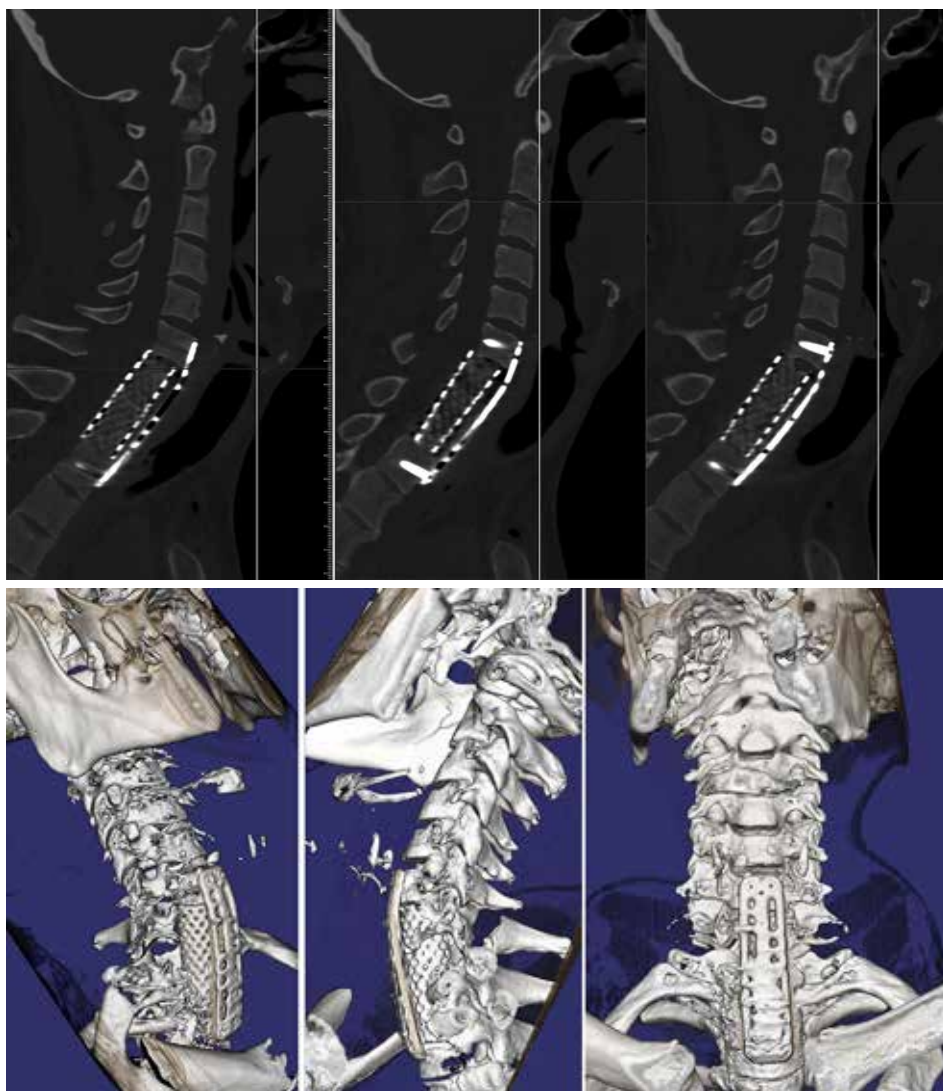
**Рис. 1.** Спіральна комп'ютерна томографія шийного відділу хребта до операції



**Рис. 2.** Магнітно-резонансна томографія шийного відділу хребта до операції



**Рис. 3.** Інтраопераційне фото



**Рис. 4.** Спіральна комп'ютерна томографія шийного відділу хребта після операції

#### Висновки

У наведеному клінічному випадку проаналізовано весь шлях хворого від отримання травми до виписки після проведеного хірургічного втручання. Позитивна динаміка в післяопераційний період залежала від багатьох чинників (евакуація хворого, час, зладжена та кваліфікована робота на всіх етапах лікування пацієнта), що дало змогу значно поліпшити результат лікування.

Чіткий послідовний швидкий алгоритм дій при травмі хребта і спинного мозку дав змогу надати висококваліфіковану допомогу, що сприяло значному регресу неврологічного дефіциту в післяопераційний період.

#### Розкриття інформації

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів щодо матеріалів або методів, використаних у цьому дослідженні, а також висновків, викладених у цій роботі.

*Інформована згода.*

Від пацієнта отримано інформовану згоду.

#### Список літератури

1. Furlan JC, Gulasingam S, Craven BC. Epidemiology of War-Related Spinal Cord Injury Among Combatants: A Systematic Review. *Global Spine J.* 2019 Aug;9(5):545-558. doi: 10.1177/2192568218776914.
2. Furlan JC, Gulasingam S, Craven BC. The Health Economics of the spinal cord injury or disease among veterans of war: A systematic review. *J Spinal Cord Med.* 2017 Nov;40(6):649-664. doi: 10.1080/10790268.2017.1368267
3. Blackbourne LH, Baer DG, Eastridge BJ, Kheirabadi B, Bagley S, Kragh JF Jr, Cap AP, Dubick MA, Morrison JJ, Midwinter MJ, Butler FK, Kotwal RS, Holcomb JB. Military medical revolution: prehospital combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012 Dec;73(6 Suppl 5):S372-7. doi: 10.1097/TA.0b013e3182755662. Erratum in: *J Trauma Acute Care Surg.* 2013 Feb;74(2):705. Kotwal, Russell S [corrected to Kotwal, Russ S]. Erratum in: *J Trauma Acute Care Surg.* 2013 Jan;74(1):347. Bagley, Stephanie [added].