

УДК 616-002.46-089

СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПРОЛЕЖНЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СПИННОГО МОЗГА

Ш.М. Чынгыштаев, О.Т. Кочоров

Изучены результаты хирургического и консервативного лечения пациентов с наличием пролежней различной локализации. Отмечена необходимость определенной предоперационной подготовки для хирургического лечения данной категории больных.

Ключевые слова: пролежни, давление, лоскуты, хирургическое лечение.

Актуальность проблемы. В настоящее время особую и сложную проблему представляет лечение пролежней и язв нейротрофического генеза, связанных с травмами и заболеваниями спинного мозга. Большинство исследований по этой проблеме посвящены только профилактике развития пролежней. Однако, несмотря на использование самых современных технических разработок, полностью избежать развития этих осложнений, как правило, не удается [1–4]. Сочетание длительного гнойного процесса в ране с нарушениями трофики тканей с нередким поражением подлежащих структур определяет проблему лечения пролежней и нейротрофических язв как особую, требующую разработки новых методов пластики хорошо кровоснабженными и, по возможности, иннервированными тканями [1, 3]. Одной из наиболее сложных проблем современной медицины является восстановительная хирургия обширных гнойных дефектов и, в особенности, пролежней, возникающих у больных с травмами и заболеваниями спинного и головного мозга, сопровождающих пара- или тетраплегией [5, 6].

Пролежни среди всех видов гнойных ран занимают первое место по количеству и тяжести осложнений, а именно: по развитию остеомиелита, сепсиса, трофических язв и их малигнизации; отмечается высокая смертность от перечисленных выше осложнений, достигая до 6–11 % [7]. Достаточно высоким остается до настоящего времени процент вынужденных инвалидизирующих операций при осложненных пролежнях, вплоть до межпозвошно-брюшных вычленений при остеомиелитических поражениях тазовых и бедренных костей [5] и даже в ряде случаев мы вынуждены были выполнять гемикорпорэктомию.

Распространенность пролежней весьма трудно определить ввиду недостатка публикаций по этому вопросу. Анализ различных данных по европейским странам позволил сделать вывод, что по данным Allman et al. 1971 от 7,7 до 25 % имеются пролежни различной локализации и происхождения. Более 80 % из этих больных находятся в стационарах или домах по уходу. Guralanik опубликовал результаты десятилетнего наблюдения за больными. При этом частота образования у больных пролежней составляет 3,3 % в возрасте от 7 до 75 лет [1].

Нами изучены результаты хирургического и консервативного лечения 52 пациентов с наличием пролежней различной локализации в возрасте от 14 до 71 лет. Женщины составляют 19 (36,5 %) мужчины – 33 (63,5 %). Из них от 13 до 30 лет – 12 больных (23,1 %), 31–50 лет – 30 больных (57,7 %), от 51 до 70 лет – 8 больных (15,4 %) и старше 70 лет – 2 больных (3,8 %).

Всем больным при поступлении проводили комплексное лабораторное, бактериологическое и клинико-рентгенологическое обследование. Со стороны анализов крови выявлено наличие анемии, повышение уровня лейкоцитов, увеличение СОЭ, снижение количества белка крови, снижение клеточного и гуморального иммунитета. При бактериальном посеве раневого отделяемого микрофлора верифицирована у всех 52 больных. В посевах раны у 29 (55,77 %) больных преобладала грамположительная микрофлора, у 16 (30,77 %) была выявлена грамотрицательная микрофлора, а у 7 (13,46 %) – комбинация микроорганизмов с другими флорами. Среди грамположительных микроорганизмов у 26 (50,0 %) были ве-

Таблица 1 – Анализ локализаций пролежней и причины их возникновения

Локализация пролежней, области	Кол-во	%	Причины возникновения пролежней	Кол-во	%
Крестцово-копчиковая	18	34,6	Травмы и заболевания спинного мозга	32	61,6
Бедренно-вертельная	8	15,4	Инсульты	2	3,8
Седалищная	10	19,3	ЗЧМТ	8	15,4
Пяточная	1	1,9	Опухоли ЦНС	2	3,8
Гребни подвздошных областей	2	3,8	Рассеянный склероз	3	5,8
Лопаточная	2	3,8	Локальная травма мягких тканей	2	3,8
Затылочная	1	1,9	Перенесенные операции	3	5,8
Множественные пролежни	10	19,3	-	-	-
Всего	52	100	Итого	52	100

Таблица 2 – Основные виды использованных лоскутов

Использованные лоскуты	Локализация пролежней, область				
	Крестцовая	Седалищная	Бедренно-вертебральная	Множественные пролежни	Всего
Верхнегодичные	16	-	-	5	21
Нижнегодичные	-	3	-	3	6
Напрягатель широкой фасции бедра	-	-	6	1	7
V-Y-пластика	-	6	-	5	11
Итого	16	9	6	14	45

рифицированы различные штаммы стафилококков, у 3 – стрептококки (5,77 %). Грамотрицательная флора представлена кишечной палочкой (клебсиллами), синегнойной палочкой и протеем. У двух септических пациентов (3,85 %) в крови высеян золотистый стафилококк. С целью выявления деструктивных изменений со стороны костной ткани 32 (61,54 %) больным выполнено рентгенологическое, рентген-томографическое, а также ядерно-магнитно-резонансное исследование. Были обнаружены костные разрушения со стороны крестцовой кости, седалищного бугра, большого вертела бедра и других костей.

По локализации процесса изолированный пролежень был у 31 больного (59,6 %), а сочетанные и множественные – у 21 больного (40,4 %). При анализе причины возникновения пролежней было выяснено: у 37 (71,15 %) пациентов пролежни появились в результате сдавления тканей после компрессионных переломов поясничного или пояснично-грудного отделов позвоночного столба, у четырех пациентов развились после миелита спинного мозга, у двух – после локальной травмы на область крестца, и у трех больных пролежни возникли после проведенных полостных операций на органах брюшной полости. Остальные шестеро больных поступили из домов престарелых, у них

пролежни развились в связи с недостаточным уходом. Для успешного проведения операции необходима подготовленная раневая поверхность, покрытая хорошо васкуляризованными грануляциями. Поэтому подготовка пролежня к операции обычно занимает длительное время от 3 до 6 месяцев. Всем 52 пациентам в ходе лечения производились такие операции, как хирургическая обработка раны и санация с последующим наложением вторичных швов или аутодермопластика полнослойным лоскутом, а также резекция седалищной кости, после чего у 7 больных отмечено заживление пролежней (таблица 1).

Остальным 45 (86,54 %) пациентам производилась пластика пролежней местными тканями, при этом мы использовали методику пластики пролежней перемещенными кожно-жировыми лоскутами на диффузной ножке, кожно-фасциальными и кожно-мышечными ротационными лоскутами на сосудистой ножке. Эти методики в сочетании с активным дренированием раны позволили значительно расширить показания к оперативному вмешательству. В настоящее время благодаря этому арсеналу методов можно оперировать пролежни практически любого размера и локализации. В клинике подобные ротационные кожно-фасциальные и кожно-мышечные лоскуты при изоли-



Рисунок 1 – Схема перемещения лоскутов и вид послеоперационной раны

рованных пролежня использованы 31 (68,89 %) больному, из них у 16 (35,56 %) пролежни локализовались в области крестца, у 6 (13,33 %) больных – в области большого вертела бедра, у 9 (20,0 %) – в области седалищного бугра. Кроме того вышеуказанные лоскуты использованы 14 (31,11 %) пациентам с множественными пролежнями различных локализаций. При локализации пролежней в области крестца применены верхнеягодичные лоскуты с двух сторон в виде “бабочки” у 14 пациентов (рисунок 1) или из одной стороны – у 4 пациентов. При локализации пролежней в области большого вертела бедра использовали кожно-фасциальный лоскут широкой фасции бедра или лоскут из задней поверхности бедра (7 больных). Из 13 случаев двух больных выявлен остеомиелит седалищной кости с обширным дефектом, поэтому мы использовали ниже-ягодичный ротационный кожно-фасциальный лоскут после удаления седалищного бугра. У остальных 11 пациентов выполнены операции V-Y-пластика треугольными кожно-фасциальными лоскутами (таблица 2). В послеоперационном периоде одним из грозных осложнений является длительная лимфоррея. Чтобы избежать подобных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде через дренажные трубки рана подвергалась обработке воздействию микротоков аппарата “Денас”. После чего лимфоррея прекращалась на 5–6-е сутки после операции. Швы снимали на 12–14-е сутки. Осложнений не было.

Таким образом, проанализировав вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Предоперационная подготовка пролежней к операции занимает от 3 до 6 месяцев, при этом проводятся несколько этапов хирургической обработки ран. Для успешного проведения операции не-

обходима подготовленная раневая поверхность, покрытая хорошо васкуляризованными грануляциями.

2. Использование кожно-мышечных и кожно-фасциальных ротационных лоскутов является наиболее оптимальным для ликвидации обширных дефектов мягких тканей и пролежней различной локализации.

Литература

1. Басков А.В. Хирургия пролежней / А.В. Басков. М.: Гэотар-Медиа, 2001. 204 с.
2. Климиашвили А.Д. Профилактика и лечение пролежней / А.Д. Климиашвили / Русский медицинский журнал. 2004. Т. 12. № 12. С. 706–712.
3. Горюнов С.В. Пролежни. Трофические язвы / С.В. Горюнов // Клиническая хирургия. Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа. 2008. № 1. С. 600–655.
4. Ledermann H.P., Schweitzer M.E., Morrison W.B. Nonenhancing tissue on MR imaging of pedal infection: characterization of necrotic tissue and associated limitations for diagnosis of osteomyelitis and abscess // Am. J. Roentgenol. 2002. V. 178. № 1. P. 215–222.
5. Monstrey S. Pressure sores // Acta Chir. Belg. 1997. V. 97. № 1. P. 6–12.
6. Galvez Romero C., Mayorga Ramos E., Gornemann Schafer L., Gonzalez Valentin M.J., Corbacho del Real J.L. Prevalence and risk factors for pressure ulcers Aten Primaria // 2002. № 15. № 30. № 6. P. 357–362.
7. Curley M.A., Razmus I.S., Roberts K.E., Wypij D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale // Nurs. Res. 2003. V. 32. № 1. P. 22–33.