

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙТРОТРОФИЧЕСКИХ ПРОЛЕЖНЕЙ В ОБЛАСТИ СЕДАЛИЩНЫХ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., НЕХАЕВ А.Н., РУСАКОВ В.А.

БГМУ, КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ, 5 ГКБ

Введение: Одним из тяжелых осложнений травматической болезни спинного мозга, осложненной нарушениями функции тазовых органов и иннервации нижних конечностей, являются нейротрофические язвы мягких тканей или пролежни ягодичной области с остеомиелитом седалищных костей. Широко применяемое традиционное лечение (некрэктомия, свободная кожная пластика, санация и дренирование гнойных затеков, перевязки) часто в течение многих лет не приводит к их заживлению, что затрудняет выполнение у пациентов реабилитационных мероприятий и необходимых оперативных вмешательств на спинном мозге.

Цель: Лечению пролежней посвящено большое количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. В них достаточно глубоко и подробно отражен патогенез развития пролежней, предлагаются классификации, методы профилактики и лечения, в том числе и хирургического. Однако ни в одной из них нет последовательной лечебной тактики в зависимости от размеров и места расположения пролежня, что является чрезвычайно важным для практического врача, встречающегося с этой проблемой.

Материалы и методы: На базе 2-ого хирургического отделения 5 ГКБ г. Минска с 2004 года функционирует городской центр пластической хирургии нейротрофических язв и посттравматических гнойных ран. За 2009-2011 гг. в нем пролечено 43 пациента, имеющих пролежни ягодичной области с остеомиелитом седалищных костей. Средний возраст их составил 41,3 года. Мужчин было 34(79,1%), женщин – 9(20,9%). Длительность существования пролежней составляла от 3 до 24 лет. Размеры их колебались от 5 до 15 см. У 14(32,6%) пациентов они были с двух сторон.

Радикальному хирургическому лечению предшествовала тщательная предоперационная подготовка, которая включала в себя антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры, инфузионную терапию при наличии признаков раневой интоксикации и общеукрепляющее лечение. Местно производили поэтапную некрэктомию, вскрытие и дренирование затеков, перевязки с ферментами и антисептиками. Через 2-3 недели после ликвидации интоксикации и перифокального воспаления выполняли широкое иссечение рубцово-измененных тканей и резекцию деструктивно измененной части седалищной кости, которая в подавляющем числе случаев поддерживает гнойно-воспалительный процесс в области пролежня и препятствует заживлению раны. После тщательного гемостаза и обработки краев опиленной кости лазерным лучом, образовавшийся дефект укрывали ягодичным кожно-подкожно-мышечным лоскутом на широком основании с

учетом сосудистой архитектоники. Под лоскутом устанавливали один или два проточно-промывных дренажа и раны ушивали наглухо. Промывание раны осуществляли растворами антисептиков постоянно, капельно в течение 6-9 дней.

Результаты и обсуждения: У 38(88,4%) раны зажили первичным натяжением, у 4(9,3%) вследствие частичного прорезывания швов и нагноения – вторичным натяжением. У 1(2,3%) пациента наблюдалось нагноение и некроз значительного участка кожно-подкожно-мышечного лоскута, что потребовало проведения некрэктомии, комплексного консервативного лечения и отсроченного повторного оперативного вмешательства. Мы считаем, что основными причинами этого осложнения являются высоковирулентная микрофлора, резистентная к большинству антибиотиков и выраженный спастический синдром в сочетании со значительным натяжением краев раны.

Заключение: Тщательная предоперационная подготовка, резекция участков пораженной седалищной кости и кожно-мышечная пластика на сосудистой ножке позволяют значительно расширить объем хирургической помощи, получить полное и длительное заживление пролежней в области седалищных бугров, значительно улучшить качество и продолжительность жизни у пациентов с повреждением спинного мозга.