

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙТРОТРОФИЧЕСКИХ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА.

*БЕЗВОДИЦКАЯ А.А., НЕХАЕВ А.Н., РУСАКОВ В.А.
БГМУ, КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ, 5 ГКБ*

Введение: Повреждения спинного мозга более чем у 70-90% пациентов осложняются пролежнями, которые обусловлены грубыми расстройствами иннервации мягких тканей, тяжелым нейродистрофическим процессом и практически полным отсутствием системы их профилактики. Присоединение инфекции и других неблагоприятных факторов приводит к нарушению иммунного статуса пострадавших и способствует появлению гнойных ран, что вызывает развитие тяжелого септического состояния, сопровождающегося интоксикацией, анемией и гипопротеинемией. Длительно существующий гнойный процесс часто приводит к амилоидозу внутренних органов, в результате которого развивается почечная и печеночная недостаточность.

Цель: Лечению пролежней посвящено большое количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов, однако до настоящего времени отсутствует единая хирургическая тактика у этой категории пациентов, что значительно ухудшает результаты лечения.

Материалы и методы: За период с 2007г. по 2011г. в городском центре пластической хирургии нейротрофических язв и посттравматических гнойных ран на базе 2-го хирургического отделения 5 ГКБ г. Минска оперировано 168 пациентов с пролежнями на фоне травматической болезни спинного мозга, которым ранее проводилось безуспешное консервативное лечение. Мужчин было 132(78,6%), женщин – 36(21,4%). В основном это были лица от 20 до 40 лет. Пролежни, размеры которых колебались от нескольких сантиметров до 15-20 см в диаметре, имели вид хронической кожной язвы с грубыми оmozоленными краями, покрытыми вялыми грануляциями. У 72(42,9%) пациентов они локализовались в области крестца, у 37(22%) - в области седалищных бугров, у 49(29,2%) - в области большого вертела бедренной кости и у 8(4,9%) - захватывали крестец и седалищные бугры. У 58(34,5%) больных пролежни сопровождались остеомиелитическим поражением подлежащей кости. Практически у всех больных были нижняя параплегия с отсутствием всех видов чувствительности по проводниковому типу и спастический синдром. Последний значительно затруднял послеоперационное лечение. У 61(36,3%) пациента патологический процесс был осложнен контрактурами крупных суставов нижних конечностей. Преобладающей микрофлорой при посевах из пролежней были бактерии рода *Staphylococcus* и *Proteus*, слабочувствительные к антибиотикам.

Оперативное вмешательство выполняли после предоперационной подготовки, которая включала рациональную антибиотикотерапию после

бактериологического исследования микрофлоры пролежня и определения ее чувствительности к антибиотикам, восстановление электролитного, водного и белкового баланса организма, детоксикацию и санацию пролежня (этапные некрэктомии, перевязки с ферментами и антисептиками). Основными критериями готовности пролежня к операции были наличие грануляций по всей поверхности, отсутствие некротических тканей и признаков раневой интоксикации. При больших размерах пролежней в области седалищных бугров и больших вертелов применяли пластику перемещенным кожно-мышечным лоскутом, который включал большую ягодичную мышцу с верхне-ягодичной артерией, а в области крестца - перемещенным кожно-мышечным лоскутом, содержащим большую ягодичную мышцу с нижне-ягодичной артерией. При небольших размерах пролежня использовали иссечение его с последующей пластикой раневой поверхности окружающими тканями.

Результаты и обсуждения: У 128(76,2%) пациентов послеоперационный период протекал гладко, и раны зажили первичным натяжением. У 23(13,7%) раны также зажили первичным натяжением, но на отдельных небольших по размерам участках вследствие частичного прорезывания швов отмечалось с заживление по типу вторичного. Заживление ран первичным натяжением у значительного количества пациентов (89,9%) обусловлено применяемой нами методикой, которая заключается в иссечении оmozолелых краев пролежня, тщательном гемостазе и перемещении кожно-мышечного лоскута на широкой сосудистой ножке с учетом сосудистой архитектоники. Благодаря этому удавалось закрывать пролежни хорошо кровоснабжаемыми тканями без натяжения. Для профилактики скопления экссудата в подлоскутном пространстве во всех случаях использовали пассивные или активные дренажи.

У 10(6%) пациентов в послеоперационном периоде раны зажили вторичным натяжением, а у 7(4,1%) наблюдался частичный или полный некроз лоскута с нагноением раны. Основными причинами этих осложнений были недостаточная подготовленность пролежня к операции, остеомиелит подлежащей кости, наличие высоковирулентной микрофлоры, резистентной к большинству антибиотиков, и натяжение краев раны.

В отдаленном послеоперационном периоде у 3(1,8%) пациентов вновь отмечено появление пролежней в соседней с зоной пластики области.

Заключение: Таким образом, пластика перемещенным кожно-мышечным лоскутом является операцией выбора при лечении длительно существующих нейротрофических язв и пролежней у больных со спинальной травмой.