

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У БОЛЬНЫХ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*В.Ф. Чернов, М.В. Ребров, Д.В. Чернов, И.Ж. Галиев*  
*КГП «Костанайская областная больница», г. Костанай*

Одними из наиболее тяжелых и частых осложнений, развивающихся при повреждении спинного мозга, являются пролежни мягких тканей. По данным отечественных авторов, они появляются у подавляющего большинства больных (до 90%).

Присоединение инфекции и других неблагоприятных факторов приводит к нарушению иммунного статуса больного, способствует появлению гнойных ран, вызывает развитие тяжелого септического состояния, сопровождающегося интоксикацией, анемией, гипопроотеинемией. Пролежни затрудняют проведение ранних реабилитационных мероприятий, часто из-за них откладываются чрезвычайно нужные больному оперативные вмешательства на спинном мозге.

Около 60% больных имеют пролежни IV степени. Несмотря на это, оперативное лечение применяется редко. Оперируют всего около 25% больных. Причина низкой хирургической активности - высокий процент послеоперационных осложнений. В среднем, по данным разных авторов, только 50-75% пролежней после операции заживает первично. В остальных случаях необходима дополнительная, достаточно длительная, консервативная терапия или повторная операция.

Отделение нейрохирургии областной больницы начало работать над этой проблемой с 2008 г.

В настоящей работе представлены предварительные результаты хирургического лечения этих больных.

За период с 2008 – 2011 гг. было оперировано 10 больных, имеющих повреждение спинного мозга, с пролежнями различных локализаций.

Преобладали больные молодого возраста - от 20 до 53 лет.

У всех пациентов отмечалось поражение спинного мозга на нижнепоясничном уровне.

Локализация пролежней: в области седалищного бугра - у 5 больных, большого вертела бедренной кости - у 1, крестца - у 3, крыла подвздошной кости - у 1.

У всех больных наблюдалась нижняя парапарезия с отсутствием всех видов чувствительности. У большинства пациентов наблюдался спастический синдром, который затруднял послеоперационное лечение.

Давность существования пролежня от 1 года до 3 лет.

Практически у всех больных отмечалось безуспешное консервативное лечение пролежней в среднем от 6 мес до 1,5 лет.

Размеры пролежня колебались от нескольких сантиметров до гигантских - более 8 – 10 см в диаметре. Большинство пролежней имели подлежащие полости или “карманы”. Их размер всегда был больше размера пролежня, превышая его в среднем на 30-40%. В некоторых случаях наблюдалось изменение кости в виде остеопороза, параоссальных оссификаций.

Преобладающей микрофлорой при посевах из пролежней были *Staphylococcus* и *Proteus*, слабовосприимчивые к антибиотикам.

При оценке состояния пролежня использовалась удобная и простая классификация пролежней Agency for Health Care Policy and Research (1992).

I степень - эритема, не распространяющаяся на здоровые участки кожи; повреждение, предшествующее язвообразованию.

II степень - частичное снижение толщины кожи, связанное с повреждением эпидермиса или кожи; поверхностная язва в виде ссадины, пузыря или неглубокого кратера.

III степень - полная потеря толщины кожи, развившаяся вследствие повреждения или некроза тканей, располагающихся под ней, но не глубже фасции.

IV степень - полная потеря толщины кожи с некрозом или разрушением тканей мышц, костей и других опорных структур (сухожилия, связки, капсулы суставов и т. д.). При этой степени, как и при III, можно встретить появление свищей и полостей в тканях.

Оперативному вмешательству всегда предшествовала подготовка пролежня. Она включала рациональную антибиотикотерапию, восстановление электролитного водного и белкового баланса организма, детоксикацию. Параллельно проводилась санация пролежня. Некротические ткани, по возможности, удаляли до границы с жизнеспособными тканями. Основными методиками оперативного вмешательства были следующие: 1) иссечение пролежня с последующей пластикой окружающими тканями; 2) иссечение пролежня с последующей пластикой перемещенным кожным лоскутом.

Иссечение пролежня с последующей пластикой окружающими тканями. Данной методикой оперировано 3 больных. Операция заключалась в иссечении поврежденных участков кожи и капсулы пролежня, резекции измененных участков кости, с последующей пластикой окружающими тканями с применением активного дренирования раны с помощью 2 дренажей. Промывание раны осуществлялось постоянно, растворами антисептиков в течение 5-7 дней. Швы были сняты на 15-й день.

Иссечение пролежня с последующей пластикой перемешанным кожным лоскутом. Вторая группа операций выполнялась при наличии пролежней IV степени разных размеров с наличием подлежащих "карманов" и окружающих грубых рубцовых тканей, а также в случаях повторных операций. Наиболее частая локализация: пролежни крестца, большого вертела. Данной методикой оперировано 7 больных.

Методика операции включала иссечение измененных тканей, резекцию остеомиелитически измененных участков кости с последующей пластикой раневой поверхности перемещенным кожным лоскутом на ножке. После операции ис-

пользовали методику активного дренирования, описанную выше. Швы снимались не ранее 15 суток.

Первичным натяжением пролежни зажили у всех оперированных больных.

Таким образом, основными показаниями к оперативному вмешательству являются:

1) пролежни IV степени; 2) длительно не заживающие или часто рецидивирующие пролежни II и III степени; 3) наличие остеомиелита подлежащей кости; 4) наличие хронических свищей с подлежащими полостями в мягких тканях.

Основными критериями подготовленности пролежня к операции мы считаем следующие: 1) отсутствие некротических тканей; 2) наличие грануляций по всей поверхности пролежня, включая полости; 3) отсутствие признаков раневой интоксикации.

Таким образом, используемые хирургические вмешательства на пролежнях у больных с повреждением спинного мозга позволяют в десятки раз быстрее ликвидировать длительно существующие кожные язвы у этой наиболее тяжелой категории больных, значительно улучшив качество и продолжительность их жизни.