

Гавришук Я.В., Петров А.Н., Бобровский Н.Г., Рудь А.А., Гребнев Д.Г., Самохвалов И.М.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: политравма, пролежни, хирургическое лечение.

Пролежни являются частым осложнением у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой головы, позвоночника и пострадавших, требующих длительной ИВЛ, а также у пострадавших пожилого и старческого возраста. Частота их достигает 53–90% по данным различных авторов. Пролежни гораздо легче предупредить, чем лечить.

Цель исследования. Определить основные особенности хирургической тактики при глубоких пролежнях у пострадавших с политравмой.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 93 пострадавших с глубокими пролежнями различной локализации. У 63 (67,7%) пострадавших пролежни отмечены в области крестца, при этом у 19 (20,4%) из них в сочетании с пролежнями вертелов. Пролежни пяток наблюдались в 15 (16,1%) случаев, пролежни головы в 5 (5,4%) случаях, у 3 (3,2%) пострадавших – циркулярные пролежни от подкладных суден и у 7 (7,5%) – отмечены пролежни области седалищных бугров.

Результаты. Ведущим фактором в успешном лечении пролежней является устранение длительного непрерывного давления. Консервативное лечение предполагает длительные перевязки, физиотерапевтическое лечение, использование специальных кроватей (клинетрон) или смену положения в кровати каждые 2–3 часа. При этом раны заживают вторичным натяжением с формированием грубого рубца, что не редко является причиной их рецидивов (до 25%). При глубоких пролежнях наиболее рациональной является активная хирургическая тактика. Данная тактика была применена у 85% пострадавших. Для данной тактики требуется создание мобильности пациента, жесткая фиксация переломов длинных трубчатых костей, тренировка нахождения пациента в различных положениях. Первым этапом производится ранняя хирургическая обработка

раны с иссечением некротических тканей и санацией инфекционного очага. В последующем выполняются повторные хирургические обработки пролежней с ультразвуковой кавитацией ран до полного их очищения и купирования воспалительного процесса.

Перед закрытием пролежня производится оценка общего состояния пациента, возможности репаративных процессов. Окончательным этапом, после предварительного прокрашивания, иссекаются все ткани, прилежащие к области пролежня. Если в процессе задействована кость, то производится резекция ее кортикальной пластины или санация остеомиелитического очага. Образовавшийся дефект мягких тканей закрывается с помощью перемещения полноценных кожно-фасциальных или кожно-фасциально-мышечных лоскутов, с подшиванием к дну раны, что разгружает кожные швы. Пластика пролежней обоих вертелов производилась поочередно через 10–16 дней. Пролежни седалищных бугров закрывались с перемещением краниально m.gracilis, подшиванием ее к седалищному бугру и пластикой перемещенными лоскутами. Пролежни головы только в 2 случаях потребовали мобилизации краев раны и ушиванию ее с фиксацией головы в положении разгибания.

Выводы. Рецидивов пролежней не было, в 4-х случаях отмечался краевой некроз кожи, что потребовало его иссечения под местной анестезией с наложением первичного отсроченного шва, а в 2-х наблюдениях произошло нагноение послеоперационной раны. Данная хирургическая тактика позволила получить хорошие клинические результаты и сократить сроки лечения пострадавших на 20–30 суток, приступив к их ранней активизации и реабилитации.

Gavrishchuk Y.V., Petrov A.N., Bobrovsky N.G., Rud A.A., Grebnev D.G., Samokhvalov I.M. **Basic principles of treatment of patients bedsores with polytrauma.** *Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg.*

Keywords: polytrauma, pressure sores, surgical treatment.

Автор-корреспондент:

Гавришук Ярослав Васильевич, кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербурга, ул. Академика Лебедева 6; тел (раб). 8 (812) 292-33-54; e-mail: zhabin.anatolij@yandex.ru