

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ Ш.М. ЧЫНГЫШПАЕВ, О.Т. КОЧОРОВ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА; НАЦИОНАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ ИМ. И.К. АХУНБАЕВА МЗ КЫРГЫЗСТАНА

Нами изучены результаты хирургического и консервативного лечения 46 пациентов с наличием пролежней различной локализации. Для хирургического лечения данной категории больных необходима определённая предоперационная подготовка, которая заключается в санации, некрэктомии и вторичной хирургической обработке. После аналогичной подготовки 18 больным произведены оперативные вмешательства с применением ротационного кожно-фасциального и кожно-мышечного лоскута, которые позволяют оперировать пролежни практически любого размера и локализации.

Ключевые слова: пролежень, некрэктомия

Введение. Пролежни, образующиеся в результате давления тела, являются серьёзным осложнением у больных с повреждением спинного мозга и у лиц, нуждающихся в уходе на дому или в домах престарелых. Пролежни оказывают огромное отрицательное влияние как на общее состояние больных, так и на частоту осложнений и летальных исходов. Они повышают общую стоимость лечения за счёт увеличения продолжительности пребывания пациента в стационаре, расходов по уходу за ним и затрат времени обслуживающего персонала. Большинство исследований по этой проблеме посвящены профилактике развития пролежней, однако, несмотря на использование самых современных технических разработок, полностью избежать этих осложнений не удаётся.

Под пролежнями мы понимаем хроническую язву мягких тканей, развившуюся у больных с нарушением чувствительности в результате сдавления, трения или смещения кожи или сочетания этих факторов. О частоте и распространённости возникновения пролежневых язв очень трудно судить, так как в литературе существует огромное количество анализов, проведённых различными учреждениями здравоохранения, больницами, специальными клиниками, домами престарелых. Поэтому данные о распространённости пролежневых язв сильно варьируют в различных клиниках, а также в разных странах. Так по данным Rudman и соавт. (США) распространённость этого осложнения колеблется от 2% до 16%. В Шотландии у 8,8% госпитализированных больных были выявлены пролежни. В исследованиях Лондонского королевского госпиталя Великобритании сообщалось о частоте пролежней, составившей от 5 до 8,8%. Эти цифры обычно резко возрастают у больных в неотложных состояниях или с острыми заболеваниями. Так, Allman сообщил о частоте пролежней от 7,7% до 25%, которые появились в течение нескольких дней или недель после острого приступа при поступлении в больницу [1-3].

Почти 96% пролежней появляются в нижних отделах тела: на крестце и седалищных буграх (67%), нижних конечностях (29%). Однако, пролежни могут встречаться и на других частях тела: в области затылка, лопаток, области локтей [1].

Цель исследования: определение роли предоперационной подготовки и эффективности оперативного вмешательства у больных с пролежнями.

Материал и методы. Нами изучены результаты хирургического и консервативного лечения 46 пациентов с наличием пролежней различной локализации в возрасте от 14 до 71 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя в период с 2000 по 2009 год. Среди всех пациентов женщины составляют 19, мужчины - 27. Из них от 13 до 30 лет - 12 (26%) больных, 31-50 лет - 26 (57%), от 51 до 70 лет - 7 (15%) и старше 70 лет - 1 (2%) больной.

Всем пациентам при поступлении проводили комплексное лабораторное, бактериологическое и клиничко-рентгенологическое обследование. В анализах крови выявлено наличие анемии, повышение уровня лейкоцитов, увеличение СОЭ, снижение количества белка крови, снижение клеточного и гуморального иммунитета. При бактериальном посеве крови раневого отделяемого и послеоперационного материала микрофлора верифицирована у 43 больных. В посевах выделения из раны у 38 больных преобладала грамположительная микрофлора, а у 6 была выявлена грамотрицательная микрофлора. Среди грамположительных микроорганизмов у 36 были верифицированы различные штаммы стафилококков, у 2 - стрептококки. Грамотрицательная флора представлена кишечной палочкой, синегнойной палочкой и протеом. У двух септических пациентов из крови высеян золотистый стафилококк. С целью выявления деструктивных изменений со стороны костной ткани 32 больным выполнены рентгенологические, рентген-томографические, а также ядерно-магнитно-резонансное исследование, где обнаружены костные разрушения крестцовой кости, седалищного бугра, большого вертела бедра и других костей.

Результаты и их обсуждение. По локализации процесса изолированный пролежень был у 25 больных (54%), а сочетанные были у 21 (46%), из них локализация пролежня в области крестца и большого вертела - у 9 больных. При анализе причин возникновения пролежней оказалось, что у 37 пациентов пролежни появились вследствие компрессионных переломов поясничного или пояснично-грудного отделов позвоночного столба. У 2 пациентов развились после миелита спинного мозга, у 2 - после локальной травмы в области крестца, а у 3 больных пролежни возникли после полостных операции на органах брюшной полости в районных больницах по месту жительства. Остальные больные поступили из домов престарелых в связи с недостаточным уходом. Для успешного проведения операции необходима подготовленная раневая поверхность, покрытая хорошо васкуляризованными грануляциями. Поэтому подготовка пролежня к операции обычно занимает очень много времени, от 1 до 3 месяцев.

Всем 46 пациентам в ходе лечения производились такие операции как хирургическая обработка раны и санация с последующей аутодермопластикой 4 больным, у 3 больных раны закрылись самостоятельно после хирургической обработки. У 8 больных с наличием пролежня в области седалищного бугра выявлен остеомиелит седалищной кости, в связи с чем произведена резекция седалищных бугров, после которой у 2 пациентов пролежни закрылись самостоятельно.

Всем остальным 35 пациентам производилась пластика пролежней местными тканями, при этом использовали пластику пролежней перемещёнными кожными, кожно-фасциальными и кожно-мышечными ротационными лоскутами на ножке. Эта методика в сочетании с активным дренированием раны позволила 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 использованы для 18 больных, из них у 12 пролежни локализовались в области крестца, а у 6 больных в области большого вертела бедра. При локализации пролежней в области крестца применены верхне-ягодичные лоскуты с двух сторон в виде «бабочки», или с одной стороны. А при локализации пролежней в

области большого вертела бедра - кожно-фасциальный лоскут широкой фасции бедра. В двух случаях при остеомиелите седалищной кости из-за обширности дефекта использован ротационный кожно-фасциальный лоскут после удаления седалищного бугра.

Из медикаментозных препаратов назначены антибиотики по результатам посева из раны и крови больных, по показаниям - инфузионная терапия. Дефицит клеточного или гуморального иммунитета коррегировали назначением Т-активина, тимолина, циметидина, препаратов женьшеня и внутривенным введением плазмы и др.

В послеоперационном периоде у одного больного рана осложнилась прорезыванием швов из-за натяжения краев лоскутов, у всех остальных рана зажила первичным натяжением. Почти у всех больных в послеоперационном периоде наблюдалась лимфорея, в связи с чем дренажные трубки по Редону удалены в более длительные сроки, т.е. через 2-3 недели после операции.

Вывод. Для успешного хирургического лечения больных с пролежнями обязательна длительная предоперационная подготовка в основном в амбулаторных условиях. Использование пластики пролежней местными тканями, перемещёнными кожными, кожно-фасциальными и кожно-мышечными ротационными лоскутами на ножке в сочетании с активным дренированием раны позволила заметно расширить показания к оперативному вмешательству, что значительно улучшило результаты хирургического лечения больных с пролежнями.

Литература

1. Басков А.Б. Хирургия пролежней// М.- «Гэотар-Медиа».-2001.-204с.
2. Ли Б.И., Герц Б.Л. Хирургическое лечение кожных и пролежневых язв//Перевод с англ. к.м.н. Селезнева М.Н./ М.- «Медицина».- 2003.- 301с.
3. Горюнов С.В. Пролежни. Трофические язвы // Клиническая хирургия. Национальное руководство. М.-«Гэотар-Медиа».- 2008. №1.- С.600-655

ХУЛОСА

УСУЛҲОИ МУОСИРИ МУОЛИҶАИ ҶАРРОҶИИ НОҚИБҲО Ш.М.ЧИНГИШПАЕВ, О.Т.КОЧОРОВ

Натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ва дорушифоии 46 нафар бемори гирифтори ноқибҳои ҷойгиршавиашон гуногун омӯхта шудааст. Ҷамзамон бояд қайд кард, ки барои муолиҷаи ҷарроҳии ин беморон тайёрии муайяни пеш аз амали ҷарроҳӣ, ки аз санатсия (беҳсозӣ), изолаи бофтаҳои мавтшуда ва покизакунии такрорӣ ҷарроҳӣ иборат аст, зарур аст. Баъди чунин омодагӣ ба 18 бемор амалиёти ҷарроҳӣ бо истифодаи васлаи пӯсту фатсиалии ва пӯсту мушакӣ гузаронида шуд, ки барои ҷарроҳӣ намудани ноқибҳои андозаи дилхоҳ ва ҷойгиршавиашон гуногун имконият медиҳад.

SUMMARY

MODERN METHODS OF PRESSURE SORES SURGICAL TREATMENT SH. M. CHYNGYSHPAEV, O.T. KOCHOROV

We studied the results of surgical and conservative therapy in 46 patients with different localizations of pressure sores. Meanwhile it should be noted that definite preoperative preparation is necessary for this category of patients' surgery treatment. The preparation consists in sanitation, necrectomy and second surgical debridement. After similar preoperative preparation 18 patients underwent surgery with rotary fasciocutaneous and myocutaneous flap use. The method makes it possible to operate any size and localization of pressure sores.

Key words: pressure sores, necrectomy

Адрес для корреспонденции:

О.Т.Кочоров – Национальный госпиталь им. И.К. Ахунбаева МЗ Кыргызстана
Тел.: 0 (312) 620961 моб. 0 (555) 375012



ОБОСНОВАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ПРОЦЕССАМИ КОСТЕЙ

**Н.И. БАЗАРОВ, В.А. НАРЗУЛОВ, Д.М. КУРБАНОВ,
Х.С.УСМОНОВ, Н.М.РАХИМОВ, А.З.КАХАРОВ**
КАФЕДРЫ ОНКОЛОГИИ; ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И
ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

На основании изучения научно-медицинской литературы и значительного клинического материала (n=98) обоснована возможность замещения костного дефекта при оперативных вмешательствах у больных с новообразованиями костей и опухолеподобными процессами.

Ключевые слова: новообразования костей, костная ауто - и ксенотрансплантация

Введение. С увеличением частоты и распространённости опухолей костной ткани, а также с расширением диапазона объёма и характера оперативных вмешательств резко возрастает значение проблемы выбора пластического материала для замещения обширных дефектов костей [1-3]. В восстановительной хирургии опорно-двигательного аппарата до сих пор используется самые разнообразные пластические материалы, причём лучшими из них по праву считаются аутологичные костной ткани и другие компоненты, которые с истечением определённого времени от 6 месяцев до года и более могут рассасываться, что дискредитирует опорные и контурные функции пересаженного костного трансплантата и наносится дополнительная травма (физическая, психологическая) как пациенту, так и оперирующему хирургу. Поэтому наиболее существенным оказывается вопрос об количестве, размере, объёме, устойчивости трансплантируемой костной ткани к лизису, вторичной инфекции, отсутствию дополнительных послеоперационных травм пациенту, а также доступность костного трансплантата.