

Позднее реконструктивно-пластическое лечение обширного пролежня крестцово-копчикового отдела позвоночника у больного с остеомиелитом и сахарным диабетом

Ю.М. Стойко, Б.А. Мазаева

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России;
Россия, 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70

Контакты: Богдана Александровна Мазаева dana010190m@mail.ru

В статье представлен опыт лечения больного с тяжелым поражением крестцово-копчикового отдела позвоночника (глубокий пролежень) на фоне сахарного диабета. Проведено комплексное лечение, включавшее медикаментозную терапию, позднее реконструктивно-пластическое закрытие дефекта, реабилитационные мероприятия. Благодаря комплексному лечению удалось достигнуть положительного результата.

Ключевые слова: обширный пролежень, крестцово-копчиковый отдел позвоночника, флегмона промежности, тяжелая сопутствующая патология, реконструктивно-пластическая хирургия, комплексная терапия, остеомиелит позвоночника, сахарный диабет, полнослойный фасциальный лоскут

DOI: 10.17650/2408-9613-2015-2-4-52-55

Staged reconstructive treatment of extensive bedsore of sacral-coccygeal spine in a patient with osteomyelitis and diabetes

Yu. M. Stoyko, B. A. Mazaeva

N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center, Ministry of Health of Russia;
70 Nizhnyaya Pervomayskaya St., Moscow, 105203, Russia

The paper describes the experience of successful treatment for the patient with severe sacrococcygeal spine (bedsore) and diabetes. A comprehensive treatment of the patient including medical therapy, staged reconstructive plastic closure of the defect, rehabilitation. Thanks to the comprehensive treatment managed to achieve a positive treatment outcome.

Key words: extensive bedsore, sacrococcygeal spine, perineum phlegmon, severe comorbidities, reconstructive and plastic surgery, complex therapy, spinal osteomyelitis, diabetes, fascial flap

На протяжении многих лет медицинское сообщество ищет пути решения проблемы развития обширных пролежней у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Зачастую больные с обширными пролежнями обречены на долгие мучения, необратимые последствия которых приводят к неминуемой гибели. Анализируя данные Всемирной организации здравоохранения о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях у длительно обездвиженных пациентов, можно сделать вывод: пролежни образуются в 12–21 % случаев. Стоимость лечения таких больных в США составляет 11 млрд долларов, а в Великобритании 2,1 млрд фунтов стерлингов¹. В целях повышения эффективности комплексного

хирургического лечения пациентов с глубокими пролежнями крестцово-копчикового отдела позвоночника, развившимися на фоне тяжелой сопутствующей патологии, публикуем результаты лечения больного, иллюстрирующие эффективность применения методики, используемой в нашей клинике.

Пациент Д., 54 лет, в начале 2015 г. госпитализирован в отделение хирургии №2 НМХЦ им. Н.И. Пирогова с диагнозом: энцефалопатия смешанного генеза, вестибулярно-атактический синдром, обширный пролежень области крестца IV стадии. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца; стенокардия напряжения III функционального класса; хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии; экссудативный

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении отраслевого стандарта “Протокол ведения больных. Пролежни”» (ОСТ 91500.11.0001–2002) от 17.07.2002 № 123.



Рис. 1. Вид раны при поступлении

перикардит; гипертоническая болезнь III степени, III стадии, риск 4; персистирующая форма трепетания предсердий; дыхательная недостаточность III степени; сахарный диабет 2-го типа, компенсация; хроническая болезнь почек II стадии; ожирение III степени; пост-реанимационная болезнь (клиническая смерть 28.08.2014).

При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость при вставании с постели, кресла, головокружения при нагрузке, длительно незаживающий пролежень в области крестца, болезненность в правой ягодичной области.

Из анамнеза известно, что в течение 2014 г. 4 раза лечился в различных стационарах по поводу сердечно-легочной недостаточности. В конце августа перенес клиническую смерть.

С начала сентября 2014 г. у больного стал формироваться пролежень в области крестца, течение которого осложнилось в дальнейшем флегмоной промежности. После многочисленных хирургических обработок флегмоны и пролежня были предприняты 2 попытки закрытия раны кожно-жировым лоскутом с правой ягодичцы и аутодермопластикой. Однако обе операции завершились нагноением и полным некрозом трансплантатов. После общесоматической активизации пациент переведен в НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

При поступлении состояние оценено как относительно удовлетворительное, стабильное. Температура тела нормальная. Кожные покровы бледно-розовые, теплые. Видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные. Подкожная клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы с незначительным ослаблением в нижних отделах, больше справа, хрипов нет. Дыхательные движения ритмичные, частотой 16–17 в минуту. Аускультативно сердечные тоны приглушены, аритмичные. Частота сердечных сокращений 80 уд/мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в размерах за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Границы печени в пределах нормы. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Симптом поколачивания по поясничной области слева и справа безболезненный. Мочеиспускание самостоятельное. Физиологические отправления регулярные, без особенностей.

Локальный статус: обширная гранулирующая рана крестцово-копчиковой области общей площадью 304 см². По периферии раны множественные участки рубцовой ткани, образовавшейся в результате краевой эпителизации.

Ввиду значительного размера дефекта принято решение о поэтапном закрытии раны (рис. 1).

Для определения возможного вовлечения в некротический процесс костных структур крестцово-копчикового отдела позвоночника пациенту выполнена компьютерная томография (КТ). По данным КТ обнаружены очаги костного разрежения, которые можно трактовать как остеомиелит (рис. 2).

Через неделю после госпитализации выполнен первый этап оперативного лечения — повторная хирургическая обработка раны крестцово-копчиковой области с краевой резекцией пораженных остистых отростков позвонков S4–S5 и удалением позвонков Co1–Co4 (рис. 3).



Рис. 2. 3D-реконструкция (а, б) и КТ-скан таза (в) с наличием секвестров копчика и дистальных отделов крестца

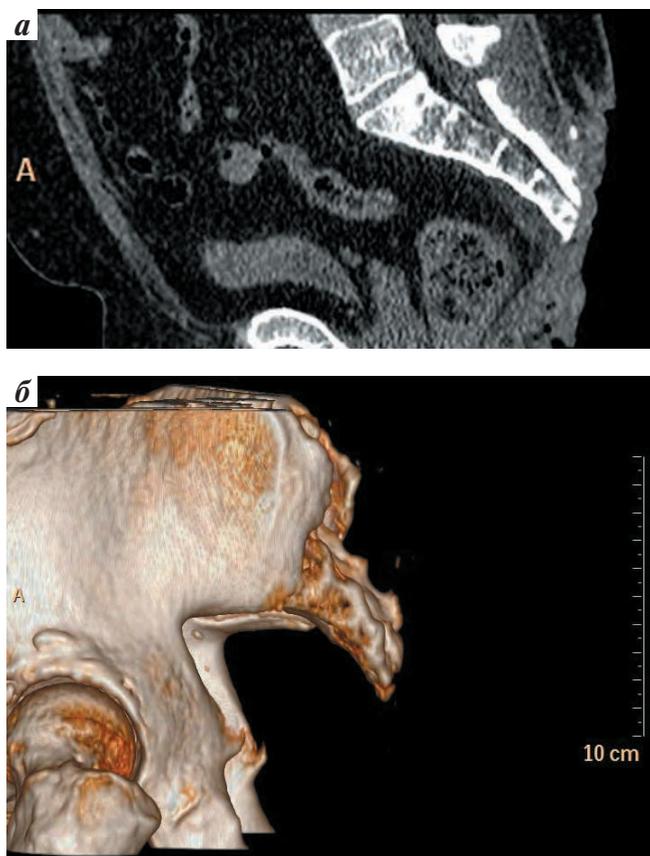


Рис. 3. КТ-скан таза (а) и 3D-реконструкция (б) костных структур крестцово-копчикового отдела позвоночника после проведенного оперативного лечения (пояснение в тексте)

После операции отмечали полное закрытие костной раны свежими грануляциями, активный рост грануляций по всей раневой поверхности (рис. 4). Спустя 2 нед в связи с готовностью раны для закрытия дефекта принято решение о проведении первого этапа реконструктивно-пластического лечения. Выполнен забор 2 ротационных полнослойных кожно-жировых лоскутов. Лоскуты ро-



Рис. 4. Послеоперационная рана на 8-е сутки после повторной хирургической обработки



Рис. 5. Интраоперационная картина (выполнен первый этап оперативного реконструктивно-пластического лечения)

тированы медиально на 90°. Заживление первичным натяжением. Приживаемость составила 100 % (рис. 5). В межоперационных периодах ведение раны осуществляли с использованием вакуум-аспирационной системы фирмы Lohmann & Rauscher (переменный режим, давление 110–125/70 мм рт. ст.). Пациенту проводили активные реабилитационные мероприятия, включая вертикализацию и кинезотерапию, во время которых вакуум-аспирационная система, по нашему мнению, способствовала дополнительной фиксации лоскутов и предотвращала их смещение при проведении реабилитационных мероприятий (рис. 6).

Еще через 10 дней выполнен второй этап реконструктивного лечения по закрытию раневого дефекта. Выкроены аналогичные кожно-жировые лоскуты в области поясничного отдела. Рана зажила первичным натяжением. Приживаемость составила 100 %. В латеральных отделах у оснований лоскутов обнаружены гранулирующие раны треугольной формы, которые образовались в связи с крайне высокой степенью натяжения



Рис. 6. Послеоперационная рана с установленной губкой от вакуум-аспирационной системы



Рис. 7. Послеоперационная рана (после проведения второго этапа оперативного лечения)

тканей (рис. 7). В послеоперационном периоде треугольные фрагменты частично зажили вторичным натяжением, частично устранены расщепленным трансплантатом (рис. 8).

В заключение хотелось бы отметить, что основными мерами снижения риска возникновения пролежней яв-



Рис. 8. Окончательный результат проведенного хирургического лечения (через 6 мес)

ляются качественный уход за длительно лежащими пациентами, предотвращение развития осложнений основных заболеваний. Адекватная санация гнойной раны, поэтапное закрытие обширного дефекта позволили добиться положительного результата лечения обширного пролежня крестцово-копчикового отдела позвоночника.