

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-002.46:617

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

А. А. Воробьев, Ю. М. Цупиков, С. В. Поройский

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ВолГМУ

Образование пролежней у спинальных больных связано с рядом патологических факторов: нейродистрофический процесс, двигательная ограниченность, чувствительные расстройства, нарушение функции тазовых органов. Возникновение у них пролежней отягощает течение основного заболевания, увеличивает срок их пребывания в стационаре и потребность в проведении дополнительных лечебных мероприятий. В связи с этим разработка новых подходов в лечении пролежней у спинальных больных не теряет своей актуальности и в настоящее время.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить возможности комбинированного лечения пролежней у спинальных больных с использованием сочетанного применения окклюзионного метода и озонотерапии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базе отделения нейрохирургии Областной клинической больницы № 1 г. Волгограда. Группу исследования составили 52 нейрохирургических больных, поступивших в отделение с различными вариантами патологии спинного мозга, сопровождающейся двигательной дисфункцией. Возраст больных составил от 16 до 64 лет (средний возраст – 31,1 года). Причинами госпитализации в 94 % (48) случаев явились травматические повреждения спинного мозга, связанные с переломами позвонков. Одной из особенностей формирования пролежней у больных с повреждением спинного мозга является их раннее и быстрое развитие. В связи с чем в группе исследования пролежни были выявлены в 75 % (39) случаях – 69,2 % (27) мужчин и 30,8 % (12) женщин. При этом у 74,4 % (29) больных уже при поступлении обнаруживались пролежни I–III стадии: I ст. – 6,9 % (2), II ст. – 31 % (9), III ст. – 62,1 % (18). У 25,6 % (10) пролежни появились уже в процессе лечения основного заболевания, несмотря на проводимые профилактические мероприятия. Среди больных, имеющих пролежни, уже при поступлении и появившиеся в про-

цессе лечения пролежни I–II ст. обнаруживались у 53,8 % (21), III ст. процесса констатирована у 46,2 % (18). Согласно принятой концепции лечения, пролежни I–II ст. подлежали консервативному лечению, III–IV – активной хирургической тактике, включающей проведение некрэктомии, стимуляцию заживления для самостоятельного закрытия дефекта или как подготовительного этапа перед местной или свободной кожной пластикой.

Больные были разделены на 2 группы, в каждой из которых проводилось консервативное (I–II ст.) и хирургическое лечение (III ст.) пролежней. 1-я группа (контрольная) – 15 больных (I–II ст. – 8 чел., III ст. – 7 чел.) – в качестве консервативного лечения и лечения с целью подготовки к закрытию дефекта кожной пластикой применялись: некрэктомия, антибиотикотерапия; местно: повязки с синтомициновой мазью, мазью Вишневского, раствором фурацилина, бурой на глицерине, нистатином, химотрипсином, диоксидином, димексидом, левомиколем, физиолечение (УФО, электростимуляция пролежня), массаж. Кратность перевязок составила 2 раза в день. Во 2-й группе – 24 больных (I–II ст. – 13 чел., III ст. – 11 чел.) – в качестве консервативного лечения и лечения с целью подготовки к закрытию дефекта кожной пластикой местно применялся метод ведения ран во влажной среде с помощью раневых покрытий фирмы "Paul Hartmann" в сочетании с озонотерапией. Для очищения раны от некротических тканей использовались повязки "Tender Wet 24 active" (смена повязок 1 раз в сутки), для стимуляции роста грануляционной ткани – "Sorbalgon" и "Hydrocoll" (смена повязок 1 раз в 2 дня). Местная озонотерапия проводилась с использованием озонатора, подающего газ в палатку над пролежнем. Длительность процедуры составляла 20 мин, интервал ее выполнения – через 1 или 2 дня при смене повязок. Использование озона обосновано его гораздо более сильным окислительным потенциалом, чем кислород, определяющим при местном применении бактерицидное и репаратное действие. На начальном этапе лечения имели воспалительный тип цитограм раневых мазков-отпечатков.

В 1-й группе период от начала лечения до эпителизации пролежня составил от 1,5 до 3 мес. Подготовка к кожной пластике занимала 8–10 дней.

Во 2-й группе период от начала лечения до эпителизации пролежня сокращался до 1–1,5 месяца. Время на подготовку больных к кожной пластике составило 4–6 дней. Отмечена безболезненность проводимых перевязок. Снятие раневых покрытий при перевязках не сопровождалось травматизацией образовавшейся грануляционной поверхности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение комплексного лечения пролежней у спинальных больных с использованием сочетанного применения раневых покрытий и озонотерапии способствует сокращению сроков эпителизации при консервативном лечении пролежней, при их подготовке к кожной пластике, обеспечивает малотравматичность и безболезненность лечебных манипуляций.

УДК 616.25–002.3–089.48

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЫПОЛНЕНИЮ ОПТИМАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТОТАЛЬНОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

И. А. Баландина, Д. Г. Амарантов

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава

Актуальность проблемы лечения больных с тотальной эмпиемой плевры обусловлена достигающей 24 %-й летальностью и высокими показателями стойкой утраты трудоспособности [1, 2, 4]. Залогом успешного лечения этой категории больных является создание условий для постоянного и полного отведения гнойного экссудата. Все авторы в лечении острой эмпиемы плевры применяют методику закрытого дренирования нередко в сочетании с оперативной торакоскопией. Несомненными преимуществами закрытого дренирования являются малая травматичность и простота выполнения. Однако высокая эффективность этой методики возможна только при расположении дренажа в максимально низкой точке полости эмпиемы плевры. При острой эмпиеме плевры без бронхиального свища гной может быть вытеснен расправляющимся легким. При эмпиеме плевры, осложненной бронхиальным свищем, этот компонент исключен либо недостаточен. У таких больных выведение гноя происходит в основном под воздействием силы тяжести. Гнойный экссудат, расположенный ниже дренажной трубки, застаивается в плевральной полости, что мешает купированию явлений гнойного воспаления в плевральной полости, препятствует заживлению свищей, замыкая тем самым порочный круг патогенеза. В связи со сказанным все авторы подчеркивают необходимость установления дренажа в максимально низком и отлогом месте полости эмпиемы плевры. Основным препятствием к расположению дренажа в наиболее низком и отлогом месте полости эмпиемы плевры (обычно в реберно-диафрагмальном синусе) является опасность травмы диафрагмы и подлежащих ей органов. Проанализировав опыт лечения 558 больных с эмпиемой плевры, проходивших лечение в период с 1995 по 2005 гг. на клинической

базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Пермской государственной медицинской академии им. акад. Е. А. Вагнера, в отделении торакальной хирургии ГКБ № 4 г. Перми, мы выявили такое осложнение у 3 больных (0,54 %). Однако сравнительно небольшое количество подобных осложнений во многом объясняется тем, что хирурги, опасаясь травмировать диафрагму, устанавливали дренаж на 1–3 межреберья выше наиболее низкого участка полости эмпиемы. В таких случаях при рентгенологическом контроле выявляли горизонтальный уровень жидкости, расположенный ниже дренажа плевральной полости. На протяжении ряда лет нами велись разработки способов безопасной установки дренажа в реберно-диафрагмальный синус. Общепринятая методика установки дренажа в области нанесенной при рентгеноскопии метки не давала удовлетворяющих нас результатов. Мы использовали методику трансиллюминации, когда при торакокопии подводили оптику эндоскопа в проекцию реберно-диафрагмального синуса и выполняли торакоцентез в месте проекции светового пятна на кожу грудной стенки. Нами была разработана методика ретроградного торакоскопического дренирования (приоритетная справка на изобретение "Способ торакоскопического дренирования полости острой эмпиемы плевры" № 74100601034 от 26.07.2005 г.). Более эффективного дренирования достигали при торакокопии путем ретроградного проведения торакоцентеза в направлении из плевральной полости кнаружи, от плевры к коже, вплотную к диафрагме, в наиболее низком участке полости эмпиемы – обычно в реберно-диафрагмальном синусе. Тем самым полностью исключали задержку гнойного экссудата в полости эмпиемы. При этом травма диафрагмы была исключена (рис. 1).