

Корекція нейротрофічних порушень у хворих з наслідками травми спинного мозку та периферичних нервів

Пономаренко О.В.

*Запорізький державний медичний університет
кафедра медицини катастроф, військової медицини,
анестезіології та реаніматології*

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з нейротрофічними дефектами покривних тканин після травми спинного мозку та периферичних нервів.

Матеріали та методи дослідження: на клінічній базі кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології Запорізького державного медичного університету з 2010 по 2013 рр. проліковано 62 хворих з нейротрофічними розладами. 12 пацієнтів від загальної кількості проліковано за методикою, яка розроблена в клініці.

Результати та обговорення. При нейротрофічних виразках у 5 випадках виконали аутодермопластику розщепленим шкіряним клаптом, у 1 випадку при рановому дефекті на передпліччі - пластику ротаційним шкірно – жировим клаптом на осьовому кровопостачанні. У 44 хворих з травмою спинного мозку діагностовано нейротрофічні дефекти III - IV ступеню. Вибір виду оперативного втручання залежить від розмірів дефекту. У 12 випадках нейротрофічного виразкового дефекту на п'яті був призначений курс лікування, розроблений у клініці.

Висновки: 1. Вибір методу корегуючого втручання й закриття дефекту залежав від розмірів, глибини рани та функціональних особливостей ділянки пошкодження. 2.Новий спосіб лікування нейротрофічних виразок нижніх кінцівок з використанням матеріалу Лацерта (Lacerta®) розширює перспективи лікування пацієнтів з дефектами покривних тканин. 3.Диференційний підхід до вибору метода закриття ранових поверхонь, пов'язаних з пошкодженням центральної та периферичної нервової системи дозволяє досягнути позитивних результатів у 98,1 % випадків.

Ключові слова: нейротрофічний дефект, аутодермопластика, матеріал Лацерта (Lacerta®).

Постраждали з травмою спинного мозку становлять від 1 до 4 % від загального числа хворих з різними видами травм [3]. Найбільш важким ускладненням у даній категорії хворих є виникнення нейротрофічних та

судинних порушень у ділянці покривних тканин тулуба й кінцівок, які виникають у 40 – 90 % випадків за даними різних авторів [1,6].

Виникнення пролежнів часто супроводжується формуванням абсцесів, остеомієлітом, сепсисом й у 20 – 25% випадків призводить до летального результату [2,7].

При цьому у 25 - 50 % оперативних втручань при нейротрофічних виразкових дефектах виникають післяопераційні ускладнення, що потребують вторинних реконструкцій або тривалого консервативного лікування [4].

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з нейротрофічними дефектами покривних тканин після травми спинного мозку.

Матеріали та методи дослідження: на клінічній базі кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології Запорізького державного медичного університету з 2010 по 2013 рр. проліковано 62 хворих з нейротрофічними розладами віком від 23 до 65 років, середній вік – 44 роки. Жінок – 4 (%), чоловіків – 58 (%). 12 пацієнтів від загальної кількості проліковано за методикою, яка розроблена в клініці.

До діагностичних заходів, які виконувалися хворим, відносили: загально клінічне дослідження, ангіологічне, неврологічне дослідження, клініко – лабораторну діагностику, мікробіологічний моніторинг ранового вмісту, рентгенографію стоп та суглобів у двох проекціях, електронейроміографію, лазерну доплеровську флоуметрію, фотодокументування.

Результати та обговорення:

При нейротрофічних виразках (6 хворих) з пошкодженням периферичних нервових стовбурів обов'язково проводили електронейроміографічні дослідження з оглядом нейрохірурга й призначенням спеціального лікування. У 5 випадках при трофічних виразках на нижніх кінцівках виконали аутодермопластику розщепленим шкіряним

клаптем, у 1 випадку при рановому дефекті на передпліччі виконали пластику ротаційним шкірно-жировим клаптем на осьовому кровопостачанні.

У 44 хворих діагностовано пролежневі трофічні дефекти III - IV ступеню у ділянці хребта (27 випадків) та ділянці великих вертелів стегнових кісток (21 випадків). Вибір виду оперативного втручання залежить від розмірів дефекту.

У 12 хворих мало місце 2 локалізації одночасно, у 4 хворих – 3 локалізації. При хребцевій локалізації нейротрофічної виразки в 7 випадках використовували пластику одним чи двома V – подібними шкірно-м'язовими ротаційними клаптями й у 16 випадках - пластику шкірно-жировим дводольним клаптем на ніжці (Esser, 1918; Zimany, 1953), у 9 випадках з нейротрофічними виразками у ділянці великих вертелів виконувалася пластика ротаційним шкірно-жировим дводольним клаптем на ніжці. В інших випадках використовувалася пластика ранових дефектів розщепленим аутодермотрансплантатом.

Для запобігання розвитку сером й гематом у ранньому післяопераційному періоді встановлювали активні дренажі на строк до 5-7 діб. Обов'язкова передопераційна підготовка включала раціональну антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості висіваємої флори, відновлення електролітного, водного та білкового балансу.

У всіх хворих відмічено первинне заживлення ранових дефектів. Випадків відторгнення, крайового некрозу клаптів не відмічено. У 3 випадках виникла підклаптева серома (до 5 см в діаметрі), яку успішно ліквідовано. У віддаленому періоді рецидивів нейротрофічних виразок не відмічено.

У 12 випадках нейротрофічного виразкового дефекту на п'яті був призначений курс лікування, в основі якого лежить використання матеріалу Лацерта (Lacerta®) на протязі 2 – 6 тижнів. Позитивний результат (повне заживлення дефекту) відзначився у всіх випадках [5].

Клінічними проявами нейропатії були відсутність больового синдрому, незмінність температури шкірних покривів та їх звичайного кольору,

зберігання пульсації на артеріях стопи, наявність гіперкератозу на підошві, специфічна деформація пальців, стопи, суглобів. Трофічні виразки локалізувалися в місцях збиткового тиску на підошві – ділянка п'яти, голівки плюсневих кісток, бокова частина стопи. Електронейроміографія підтверджувала діагноз у всіх випадках, а саме – відсутність електропровідності по периферичним нервовим закінченням гомілки.

В основі нового способу лікування трофічних виразок нижніх кінцівок положено використання матеріалу Лацрта (Lacerta®), що забезпечить підвищення ефективності лікування хворих з некомпенсованими формами хронічної венозної недостатності й діабетичною стопою.

Застосовували матеріал Лацрта (Lacerta®), вводячи внутрішньошкірно 1,0 мл 1,5 % розчину навколо виразкового дефекту 1 раз на тиждень 5-7 тижнів. Протягом лікування проводили динамічні заміри трофічного виразкового дефекту.

Всі хворі проліковані за даною методикою були виписані з позитивним результатом, а саме – повним заживленням трофічного виразкового дефекту.

Дана методика лікування може бути використана не тільки в умовах стаціонару, але й амбулаторно, що значно зменшує терміни лікування й перебування хворого в стаціонарі.

Не зважаючи на те, що дана методика потребує спеціального навчання, подальше її використання не потребує специфічного інструментарію, анестезіологічної підтримки чи операційного приміщення.

Проведення щотижневих замірів виразкового дефекту дозволяє оцінити результати лікування в динаміці й мати можливість корегувати лікування, що також не потребує спеціального інструментарію, окрім сантиметрової стрічки або кальки.

Таким чином, сукупність вищезазначених позитивних впливів дозволило підвищити ефективність лікування, прискорити одужання хворих, знизити кількість ускладнень і зменшити ліжко день.

Крім того, що застосування цього способу не потребує спеціальних засобів та залучання спеціалістів іншого профілю, він може використовуватися в амбулаторному режимі з метою лікування тривало існуючих трофічних виразок судинної етіології у комплексі з хірургічними методами втручання.

Приклад. Хворий Л., 1984 р. н., історія хвороби № 9997 був прийнятий у відділення термічної травми та пластичної хірургії з діагнозом: Важка спинальна травма. Забій головного мозку легкого ступеню, забійна рана голови. Компресійний уламковий перелом Th6, повний передній вивих Th5. Перелом остистих відростків Th5 – 6. Забій спинного мозку важкого ступеню. Повний вивих голівок 5 – 7 ребер з обох боків. Правосторонній гемо пневмоторакс. Гіпостатична пневмонія зправа. Великі нейротрофічні виразки у ділянці спини, крижі, обох п'ят. Нижня параплегія. Порухення функції тазових органів у вигляді затримки.

Дата госпіталізації: 19.06.2012.

Дата виписки: 18.07.2012.

При госпіталізації в стаціонар пред`являв скарги на наявність ран на спині, крижі, п'ятах, загальну слабкість, підвищення температури до 38 С°.

Анамнез хвороби: вважає себе хворим з 07.04.2012 р., коли отримав травму при ДТП. Отримав курс комплексного лікування у нейрохірургічному відділенні, а саме – 13.04.12 виконано оперативне втручання – декомресивна ламінектомія Th5 – 6, відкрите вправлення вивиху Th5. Задній транспедикулярний металоспонділодез Th4-5-7-8 системою ХІА. У післяопераційному періоді виникли пролежні в ділянці операційного втручання на спині, крижі, п'ятах. Для подальшого лікування хворий був госпіталізований у відділення термічної травми.

Локально при огляді в ділянці операційного втручання на хребті (рівень Th5 – 6) відмічається рановий дефект 10x10 см з рівними краями та активними грануляціями, у верхньому кутку рани елементи стабілізуючої

конструкції, ділянка ребра, у ділянці крижі – рановий дефект 8x8 см з активними грануляціями, в ділянці обох п'ят некрози.

Хворий отримав курс антибактеріальної, інфузійної терапії, ЛФК, курс масажу, санацію ранових дефектів. 21.06.12 – виконано оперативне втручання – висічення некротів, аутодермопластика розщепленими аутодермотрансплантатами ранових дефектів на спині, крижі та п'ятах. На спині й крижі аутодермотрансплантати прижили первинно, на п'ятах – лізис трансплантатів.

З 07.07.12 розпочатий курс ін'єкційного введення матеріалу Лацерта (Lacerta®). В умовах перев'язувальної кімнати хворий обробляли розчином антисептику ділянку ранового дефекту. Замірювали сантиметровою стрічкою розміри дефекту до початку терапії. Використовували матеріал Лацерта (Lacerta®), що повністю готовий до використання. Відступивши від краю виразки 0,5 см внутрішньошкірно вводять розчин 0,1-0,2 мл разово тунельним способом. Проміжки між вколами 0,5 см. На рановий дефект накладали стерильну марлеву пов'язку. Процедуру повторювали 2 рази на тиждень з обов'язковим замірюванням ранового дефекту та його фотографуванням. Курс лікування – 2 тижні.

Після курсу лікування відмічається повна епітелізація ранових дефектів в ділянці обох п'ят.

Виводи:

1. Вибір методу корегуючого втручання й закриття дефекту залежав від розмірів, глибини рани та функціональних особливостей ділянки пошкодження.

2. Новий спосіб лікування нейротрофічних виразок нижніх кінцівок з використанням матеріалу Лацерта (Lacerta®) розширює перспективи лікування пацієнтів з дефектами покривних тканин.

3. Диференційний підхід до вибору метода закриття ранових поверхонь, пов'язаних з пошкодженням центральної та периферичної

нервової системи дозволяє досягнути позитивних результатів у 98,1 % випадків.

Література:

1. Басков А.В. // Вопр. Нейрохир. – 2000. – Вып. 1. – С.7 – 10.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: р – во для врачей. – М: Антидор, 2000. – 568 с.
3. Бодрова Р.А. Коррекция нейротрофических нарушений у лиц, перенесших травму спинного мозга. // Неврологический вестник – 2008 – Т.ХL, вып. 3 – С.99 – 101.
4. Гаркави А.В. Комплексное лечение пролежнем у спинальных больных: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991.
5. Патент. 65158 Україна, МПК А61К 31/00. Спосіб лікування лікування трофічних виразок нижніх кінцівок / Пономаренко О.В., Вірський М.В. (Україна). - № 201106271; заявл. 19.05.2011; опубл. 25.11.2011. Бюл. № 22.
6. Цупиков Ю.М. Комбинированное лечение пролежнем у спинальных больных (клинико – экспериментальное исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009.
7. Частная физиотерапия: учебное пособие [Под ред. Пономаренко Г.Н.]. – М: ОАОМ., 2005. – 744 с.

Коррекция нейротрофических нарушений у больных с последствиями травмы спинного мозга и периферических нервов

Пономаренко Е.В.

Запорожский государственный медицинский университет
кафедра медицины катастроф, военной медицины,
анестезиологии и реаниматологии

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с нейротрофическими дефектами покровных тканей после травмы спинного мезга и периферических нервов.

Материалы и методы исследования: на клинической базе кафедры медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии Запорожского государственного медицинского университета с 2010 по 2013 пролечено 62 больных с нейротрофическими расстройствами. 12 пациентов от общего количества пролечено по методике, разработанной в клинике. **Результаты и обсуждение.** При нейротрофических язвах, возникших в результате повреждения периферических нервов в 5 случаях выполнили аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, в 1 случае при раневом дефекте на предплечье - пластику ротационным кожно - жировым лоскутом на осевом кровоснабжении. У 44 больных с травмой спинного мозга диагностированы нейротрофические дефекты III - IV степени. Выбор вида оперативного вмешательства зависел от размеров дефекта. В 12 случаях нейротрофического дефекта в области пяток назначен курс лечения, разработанный в клинике. **Выводы:** 1. Выбор метода корректирующего вмешательства и закрытия дефекта зависел от размеров, глубины раны и функциональных особенностей участка повреждения. 2. Новый способ лечения нейротрофических язв нижних конечностей с использованием материала Лацерта (Lacerta®) расширяет перспективы лечения пациентов с дефектами покровных тканей. 3. Дифференциальный подход к выбору метода закрытия раневых поверхностей, связанных с повреждением центральной и периферической нервной системы позволяет достичь положительных результатов в 98,1 % случаев. **Ключевые слова:** нейротрофический дефект, аутодермопластика, материал Лацерта (Lacerta®).

Дані про авторів:

Пономаренко О.В., к.мед.н., доцент кафедри медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реаніматології, конт. тел.: +380676127342, e-mail: alena.ponomarenko@gmail.com;