

## **НЕКРЭКТОМІЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ КОЖНО-ФАЦИАЛЬНОЙ ПЛАСТИКОЙ ПРИ ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВАХ**

*Молодой Е.Г.<sup>1,2</sup>, Маканин А.Я.<sup>1</sup>, Ивкович Р.М.<sup>1</sup>, Призенцов А.А.<sup>2</sup>,  
Скуратов А.Г.<sup>2</sup>, Чернов А.А.<sup>3</sup>, Терешко А.В.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>УЗ «Гомельская городская клиническая больница №3»

<sup>2</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>3</sup>Частное медицинское унитарное предприятие  
«Клиника эстетической хирургии и косметологии»

## **NECRECTOMY WITH SINGLE-STAGE CUTANEOUS FASCIAL PLASTY FOR DECUBITAL ULCERS**

*Molodoy Y.G.<sup>1,2</sup>, Makanin A.Y.<sup>1</sup>, Ivkovich R.M.<sup>1</sup>, Prizentsov A.A.<sup>2</sup>,  
Skuratov A.G.<sup>2</sup>, Chernov A.A.<sup>3</sup>, Tereshko A.V.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>State Healthcare Institution «Gomel city clinical hospital №3»

<sup>2</sup>Educational institution «Gomel State Medical University»

<sup>3</sup>Private medical unitary enterprise «Clinic of aesthetic surgery and cosmetology»

**Введение.** Спинальная травма, изолированная или сочетанная с повреждениями других органов и систем, всегда сопряжена с нейротрофическими нарушениями. Характер этих нарушений определяется уровнем и степенью повреждения позвоночника и спинного мозга. Эти нарушения ведут к полной или частичной утрате чувствительности и моторики в зоне прекращения иннервации.

В раннем или позднем посттравматическом периоде у таких пациентов наиболее частым осложнением данных нарушений являются пролежни (нейротрофические язвы, декубитальные язвы). Инфицирование их нередко ведет к тяжелому гнойно-воспалительному процессу.

**Цель.** Оценить результаты некрэктомии с одномоментной кожно-фасциальной пластикой декубитальных язв у спинальных пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Изучены результаты лечения 11 пациентов со спинальной травмой, осложненной инфицированными декубитальными язвами, находившихся на лечении в хирургическом отделении №3 ГУЗ «ГГКБ №3» за период с 01.01.2023 по 01.09.2024 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Среди указанных пациентов было 8 мужчин (72,7%) и 3 женщины (27,3%). Преобладали пациенты молодого возраста – 18 – 35 лет (63,6%). Средний возраст пациентов составил 38,7±4,8 лет.

У 5 пациентов (45,4%) в анамнезе была травма шейного отдела спинного мозга, у 2 (18,2%) – грудного и в 4 случаях (36,4%) образованию пролежней предшествовала травма на уровне поясничного отдела спинного мозга. У всех пациентов имели место парапарезы и параплегии с отсутствием всех видов чувствительности ниже уровня повреждения спинного мозга.

У 8 пациентов пролежни локализовались в области седалищных бугров, у 2 – в области крестца, 1 у – в проекции большого вертела бедренной кости.

Длительность существования декубитальных язв составила от 2 недель до 2,5 лет. В раннем посттравматическом периоде (до 3 мес.) были 3 пациента, в промежуточном (от 3 до 6 мес.) – 5 пациентов, в позднем периоде – также 3 пациента.

У 3 пациентов в анамнезе были безуспешные попытки пластики свободными лоскутами, с последующим лизированием лоскута в раннем послеоперационном периоде.

Оценку степени выраженности декубитальных язв проводили в соответствии с классификацией АНСРР (Agency for Health Care Policy and Research). Декубитальные язвы III степени, когда в гнойно-некротический процесс вовлечены поверхностные ткани до фасции, имели 8 пациентов (72,7%), у 3 пациентов (27,3%) имелись тяжелые пролежни IV степени, когда вовлечены глубже лежащие мышцы, сухожилия, капсульно-связочный аппарат суставов или подлежащая кость.

Все пациенты имели хронический гнойно-воспалительный процесс в области декубитальных язв, а также различную степень интоксикации. В рамках госпитализации проводили их комплексное обследование, включающее общеклинические и другие лабораторные анализы, обзорную рентгенографию костей с целью исключения остеомиелита, и бактериологическое исследование (посев на микрофлору раневого отделяемого и чувствительность к антибиотикам).

Согласно литературным данным для адекватной и эффективной хирургической реконструктивной операции необходима тщательно подготовленная раневая поверхность. Для этого нужна длительная подготовка раны, занимающая в среднем от 14 дней до 1 мес.

Нами была использована модифицированная предоперационная подготовка пациентов по методике Fast-track (в среднем от 2 до 5 дней), суть которой заключалась в хирургической обработке декубитальной язвы со вскрытием и дренированием всех затеков и карманов и перевязки с использованием волоконных лент кальция-альгината (Sorbalgon T).

В 4 случаях декубитальные язвы были сопряжены с остеомиелитом подлежащих костей. У 3 пациентов из них в патологический процесс были вовлечены седалищные бугры, у одного пациента – крестец. В указанных случаях оперативному вмешательству предшествовала остеонекрэктомия.

У всех пациентов в сроки 2 – 5 дней от поступления произведена одномоментная некрэктомии с аутооттрансплантацией кожно-фасциального лоскута на осевом питающем сосуде с активным дренированием.

В послеоперационном периоде контролировали количество и характер раневого отделяемого по вакуум-дренажам. При скудном экссудате дренаж удалялся на 2 – 3 сутки (у 5 пациентов). У 6 пациентов потребовалось

проточное промывание по дренажам (до 4 – 6 суток). Швы с послеоперационной раны снимали в среднем через  $18,3 \pm 2,7$  суток.

Первичное заживление наблюдалось в 8 случаях, у 2 пациентов произошел частичный лизис тканей перемещенного лоскута, потребовавший активной вакуум-терапии с хорошим результатом. Несмотря на отсутствие раневых осложнений, один пациент умер на 8 сутки после операции в результате тромбоэмболии легочной артерии.

**Выводы.** Активная хирургическая тактика, ранняя некрэктомия в сочетании с одномоментной кожно-фасциальной пластикой может быть использована в лечении обширных и рецидивных пролежней, в том числе после безуспешной пластики местными тканями или расщепленными лоскутами.