

ТРОФИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**Н.Ш. Эргашев, Н.Н. Эргашева, Ж.Б. Саттаров**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ключевые слова: нейротрофические язвы, спинномозговая грыжа, диагностика, лечение, дети.**Таянч сўзлари:** нейротрофик яралар, орқа мия чурраси, диагностика, давоси, болалар.**Key words:** neurotrophic ulcers, spinal herniation, diagnosis, treatment, children.

Цель работы – определить частоту, особенности течения, аспекты лечения и профилактики трофических язв при спинальной патологии у детей. Развитие трофической язвы наблюдалось у 22 (25,3%) из 87 больных различными трофическими расстройствами (симметричные, асимметричные атрофии конечностей; деформации в суставах нижних конечностей; диспропорция различных участков тела) среди 252 детей со спинномозговыми грыжами (СМГ), наблюдавшихся в 2000-2016 годы. Трофические язвы возникали при тяжелых формах СМГ и сочетаниях его с другими аномалиями спинного мозга в том числе при первичном и вторичном тетринг синдроме. В статье представлены клиническое течение, тактика и результаты лечения.

БОЛАЛАРДА УМУРТҚА КАСАЛЛИКЛАРИДА ТРОФИК ЯРАЛАР**Н.Ш. Эргашев, Н.Н. Эргашева, Ж.Б. Саттаров**

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади – болаларда умуртқа патологияларида трофик яралар салмоғини, кечиш хусусиятини, даволаш ва профилактик аспектларини аниқлаш. 2000-2016 йиллар давомида кузатувимизда бўлган 252 нафар орқа мия чурраси билан хасталаган беморларнинг 87 нафарида ҳар хил трофик бузилишлар кузатилди. Шуларнинг 22 тасида трофик бузилишлар трофик яралар кўринишида намоён бўлди. Трофик яралар орқа мия чурраларининг оғир шаклларида ва унинг бош миянинг бошқа аномалиялари билан қўшилиб келганида, шунигдек бирламчи ва иккиламчи тетринг-синдромларда юзага келган. Ушбу мақолада трофик яраларнинг клиник кечиш хусусиятлари, даво тактикаси ва даво натижалари келтирилган.

TROPHIC ULCERS IN SPINAL PATHOLOGY IN CHILDREN**N.Sh. Ergashev, N.N. Ergasheva, Zh.B. Sattarov**

Tashkent Pediatric Medical Institute

The purpose of the work is to determine the frequencies, flow characteristics, aspects of treatment and prevention of trophic ulcers in children with spinal pathology. The development of a trophic ulcer was observed in 22 (25.3%) of 87 patients with various trophic disorders (symmetrical, asymmetrical limb atrophy, deformities in the joints of the lower limbs, disproportion of various parts of the body) among 252 children with spinal hernias (SH) 2016 years. Trophic ulcers arose in severe forms of SH and its combinations with other spinal cord anomalies, including in primary and secondary tetring syndrome. The article presents the clinical course, tactics and results of treatment.

Введение. Врожденные дизрафии каудального отдела позвоночника и спинного мозга у детей могут проявляться двигательными нарушениями в виде вялых параличей и парезов нижних конечностей, различных расстройств чувствительности и функций тазовых органов; ортопедическими деформациями, трофическими изменениями в различных участках тела, а также нижних конечностей и сопровождаются стойкой инвалидизацией и социальной дезадаптацией больных [1,2,5]. При сравнении развития нижних конечностей у нормально рожденных и детей с аномалиями спинного мозга и позвоночника наблюдается укорочение длины и окружности нижних конечностей, появление которых можно расценить проявлением трофических нарушений в виде гипо- или атрофии одной или обеих конечностей. Указанные изменения сохраняются как у неоперированных, так и у оперированных детей [4]. При естественном течении заболевания или после операций по поводу спинномозговой грыжи у части больных наблюдаются различные осложнения, наиболее тяжелыми из них являются трофические язвы. Трофические язвы и трофический остеомиелит могут встречаться у детей и с другими пороками развития позвоночника. В группу риска входят больные перенёсшие травму позвоночника, сахарным диабетом, с патологией вен и другими заболеваниями, длительно приковывающими к постели. Ведущими в патогенезе трофических расстройств являются нейрогенные нарушения, сопровождающиеся резким снижением кровотока в микрососудах пораженной части тела,

приводящие к ишемии, гипоксии и некрозу тканей. Публикации на эту тему очень мало [3,6].

Цель исследования – определить частоту, особенности течения, аспекты лечения и профилактики трофических язв при спинальной патологии у детей.

Материал и методы исследования. В 2000-2016 годы в отделениях плановой хирургии 2-ой клинической детской хирургической больницы города Ташкента и отделении детской нейрохирургии научно-практического центра нейрохирургии МЗ РУз находились 252 детей со СМГ: 229 (91,0%) из них оперированы, 23 (9,0%) не оперированы из-за неоперабельности патологии или отказа родителей. У 87 (34,5%) из них выявлены различные трофические расстройства (симметричные, асимметричные атрофии конечностей; трофические деформации; диспропорция различных участков тела) среди больных со СМГ. Развитие трофической язвы определено у 22 (25,3%) из 87 больных с трофическими расстройствами. Проведены комплексные клиничко-неврологические обследования и параклинические методы исследования (МСКТ, МРТ позвоночного столба и спинного мозга, электромиография мышц нижних конечностей).

Результаты и их обсуждение. Изучение анамнестических данных показало, что 19 (86%) из 22 больных перенесли оперативные вмешательства по поводу СМГ, в 1 (4,5%) случае от операции отказались в связи с оценкой патологии как неоперабельной. В 2 (9%) случаях оперативное лечение не проводилось из-за несогласия родителей. Трофические язвы развивались при следующих клиничко-морфологических вариантах СМГ: менингомиелоцеле (12), менингомилорадикулоцеле (7), миелоцистоцеле (2), рахизисе (1). Возникновение данного осложнения наиболее часто фигурировало при сочетаниях СМГ с другими аномалиями, в том числе при первичном и вторичном тетринг синдроме. Формы спинальной патологии верифицированы данными МСКТ и МРТ позвоночника и спинного мозга.

Динамические наблюдения показали, что при симметричных и асимметричных деформациях конечностей, у части больных отмечались охлаждение и сухость кожи стоп, отёчность суставов или отдельных пальцев с деформацией и уплотнением ногтевых пластинок по сравнению с проксимальными участками и с противоположной конечностью. Это можно расценивать начальными проявлениями трофических расстройств. При естественном течении СМГ или после операции по поводу данного заболевания у части больных на фоне прогрессирования нарушений наблюдалось формирование трофических язв. Односторонняя патология стопы встречалась у 10 (45,5%) пациентов. В остальных случаях деформации стоп были двусторонними в виде асимметричных у 4 (33,3%) и симметричных у 8 (66,7%) больных.

При образовании трофических язв паралитические деформации стоп (эквинусное положение, пяточно-вальгусное, плоско-вальгусное) имели выраженный характер. Из анамнеза выявлено, что давность трофико-некротических поражений составила от нескольких месяцев до 8 лет от начала болезни или после операции по поводу СМГ. Следует подчеркнуть, что ни в одном наблюдении не возникла настороженность по поводу риска развития данного грозного осложнения, не проводились профилактические мероприятия.

Трофическая язва может образовываться в любых участках тела, где возникает длительный контакт тканей с объектом, вызывающим сдавление или нарушение микроциркуляции. У 7 (31,8%) больных отмечена единичная локализация процесса, у 15 (68,2%) – множественная (рис.1). Во всех случаях имело место вовлечение стопы на подошвенной поверхности, в пяточной области, в 1 или в 5 пальцах, где расстройство микроциркуляции возникает чаще и протекает интенсивнее.

Трофические язвы имели различную форму: округлую – 3 (13,6%); овальную – 4 (18,2%); неправильную – 15 (68,2%); размеры их колебались от 2,0 x 2,0 см до 2,0 x 4,0 см.

По мере прогрессирования изменялась форма трофических язв, увеличивалась их площадь. При длительном течении заболевания и отсутствии адекватного лечения трофические язвы могут достигать гигантских размеров.

Односторонние поражения встречались в 10 (45,5%), двусторонние - в 12 (54,5%) случаях. При двусторонних поражениях размеры, локализация, глубина и форма трофических про-



А.



Б.

Рис. 1. Одиночные (А) и множественные (Б) трофические язвы.

явлений на обеих конечностях были неидентичны и несимметричны. В зоне поражения отмечались признаки трофических нарушений от начальных стадий до формирования язвы. Более выраженные нарушения наблюдались на стороне поражения, где явления атрофии конечности и деформация суставов имели отчетливый и стойкий характер. Неоднородность степени чувствительных и двигательных нарушений, в пораженной и контрлатеральной конечности при односторонней, или в обеих конечностях при двухсторонней локализации трофических расстройств, или язв, можно объяснить неодинаковым вовлечением в патологический процесс корешковых структур справа или слева, разным уровнем, степенью и протяженностью поражения спинного мозга, что подтверждено данными электромиографии мышц нижних конечностей.

Боли в области трофической язвы умеренны или отсутствуют, что связано с понижением чувствительности в пораженной зоне. Поэтому больные обращаются поздно, когда язва увеличивается в размерах и появляются боли, обычно связанные со вспышкой инфекционного воспалительного процесса в окружающей ткани с развитием гнойно-деструктивного процесса, длительным течением, вялым заживлением, склонностями к рецидиву. При длительном течении процесса углубляются гнойно-деструктивные явления переходом в костную ткань – трофический остеомиелит, что имело место в 3 наших наблюдениях (рис.2). При поражении кост-



Рис. 2. Трофическая язва осложненная остеомиелитом ногтевой фаланги и плюсневой кости I пальца левой стопы.

ной ткани процесс характеризуется затяжным течением. Заметно усиливаются проявления хронической гнойной интоксикации и сопутствующих заболеваний. У одного больного, оперированного по поводу СМГ, с сопутствующим двусторонним уретерогидронефрозом, угрожающим вторичным сморщиванием почек, развитием уросепсиса наступил летальный исход.

Любой дополнительный патологический процесс, способствующий нарушению трофики и микроциркуляции, является отягощающим фактором стремительного развития деструктивных изменений с тяжелыми последствиями. Так у девочки 17 лет с тяжелой формы СМГ множественными трофическими расстройствами нижних конечностей с амниотической перетяжкой в области нижней трети правой голени трофические расстройства охватили правую стопу с голеностопным суставом ситуация осложнилась развитием некроза стопы (рис.3), что потребовало ампутации на уровне нижней трети голени.

А.



Рис. 3. Вид нижней трети голени и левой стопы с явлениями трофических расстройств и язвы при наличии амниотической перетяжки (а), КТ позвоночника – тетринг синдром (б), КТ голени и стопы – истончение мягких тканей и костей голени. Больная В., 17 лет. (в).

Б.



В.

Представленные примеры подтверждает необходимость профилактики трофических расстройств и формирования трофических язв. Отмечено положительное действие антисептической марлевой салфетки и масла Nureoil. Систематические меры, направленные на уменьшение спастических явлений и улучшение микроциркуляции в нижних конечностях (постоянный гигиенический уход, расслабляющий массаж, местное лазерное облучение, повязки с гепариновой мазью), медикаментозная коррекция препаратами реологического и сосудорасширяющего действия являются базисной основой профилактики.

Лечение трофико-некротических поражений направлено на снижение проявлений интоксикации, коррекцию анемии, гипопроотеинемии с применением антибактериальной терапии с учетом антибиотикограммы. В комплекс лечения включали витамины, иммуномодулирующие средства, препараты улучшающие микроциркуляцию. Широко использовали физиолечение (УФО, УВЧ, электрофорез с новокаином, антибиотиками).

Местное консервативное лечение заключалось в санации раны и повторных перевязках с использованием препаратов очищающих раны, стимулирующих регенерацию (левомиколь, солколсерил, бетадин). Эффективны препараты обладающие антисептическим и стимулирующим заживление ран: раствор ФарГАЛС и порошок Кукумазин. Полное заживление трофической язвы отмечено у больных при локализации процесса в области спины и проксимальных отделах конечности. При трофических язвах пальцев и подошвенной поверхности стоп отмечено лишь очищение раны без тенденции к уменьшению ее размеров. Оперативное вмешательство выполнено после санации поверхности трофической язвы. При иссечении некротических тканей с пластикой перемещенным кожным лоскутом у троих из 5 больных удалось добиться частичного сближения краев; у двух отмечено расхождение швов. Мы предпочитаем наложение отсроченных швов на фоне очищения и появления гранулирующей ткани на 10-12 сутки после манипуляции.

При трофическом остеомиелите проведены санация и удаление деструктивных участков пораженной кости. Гемостаз обеспечен использованием электрокоагуляции, рана засыпана антибиотиками, наложены сближающие края раны швы с вставлением резинового выпускника. Голень и стопа зафиксированы в исходном положении голеностопного сустава съёмной гипсовой повязкой для проведения ежедневной перевязки. В послеоперационном периоде в комплекс лечения включена инфракрасная импульсная лазерная терапия, проводимая установкой «Восток» (Россия) с параметрами полупроводникового инфракрасного импульсного лазера в диапазоне 800-1500 нм. Установка может работать в импульсных режимах порядка десятка ватт и длительностью 50-200 нс; позволяет строго дозировать неинвазивную (чрескожную) терапию на глубине до 7-12 см, курсом 10-12 сеансов. Рецидив или обострение процесса наблюдали у 1 больного.

В заключение следует отметить, что трофические язвы представляют собой грозное осложнение тяжелых форм спинальной патологии, отягощающее течение болезни и социальную дезадаптацию больного. В зависимости от локализации и степени вовлеченности спинальных структур трофические расстройства могут трансформироваться в единичные или множественные язвы различного размера и глубины залегания с преимущественной локализацией в дистальных отделах нижних конечностей. Трофические язвы принимают хронически-рецидивирующее течение с тенденцией к увеличению размеров и охвату глуболежащих тканей, независимо от причины возникновения. Лечение больных с трофическими язвами требует участия различных специалистов. Профилактические мероприятия способствуют снижению тяжелых последствий данного осложнения и самой болезни. При появлении начальных признаков трофических язв больные должны быть осмотрены хирургом для проведения профилактических и лечебных мероприятий. Длительное течение трофических язв, незначительная тенденция к заживлению, склонность к рецидивам усугубляют состояния больных, значительно снижают качество их жизни.

Использованная литература:

1. Гребенюк Л.А., Мухтяев С.В. Алгоритм комплексного обследования мягких тканей при лечении спинальных больных с пролежневыми ранами и хроническим остеомиелитом // Успехи современного естествознания. 2015. №9. С. 198–202.
2. Ефременко А.Д. Дифференцированная хирургическая тактика у детей со спинномозговыми грыжами в раннем возрасте: автореф. дис....канд. мед. наук. М., 2005. С.18.
3. Ефременко А.Д., Николаев С.Н., Лечение трофического остеомиелита у детей с пороками развития каудальных отделов позвоночника и спинного мозга // Травматология и ортопедия Россия. 2009. №2 (52). С.85–89.
4. Эргашева Н.Н. Клинико - параклиническая характеристика и лечение неврологических нарушений при спинномозговых грыжах у детей: автореф. дис.... канд. мед. наук. Т., 2011. С.18.
5. James H.E. Lapras C. I., Lubinsky G. Terminal myelocystocele // J. Neurosurg. 2005. Vol.103. P. 443–445.
6. Warder D. E. Tethered cord syndrome in different types of spina bifida in children // J. Neurosurg Spine. 2010. Vol. (2). P.19–23.