

В. В. Тецук,
*врач-невролог отделения интенсивной терапии общего профиля,
Центр анестезиологии, интенсивной терапии общего профиля
и экстракорпоральной детоксикации коммунального предприятия
Киевского областного совета «Киевская областная клиническая больница»*

В. И. Тецук,
*кандидат медицинских наук, начальник ангионеврологического отделения
клиники нейрохирургии и неврологии,
Военно-медицинский клинический центр
Южного региона Украины*

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Инсульт – это клинический синдром, характеризующийся внезапным появлением очагов неврологической симптоматики и общемозговых нарушений, которые сопровождаются очаговыми структурными изменениями вещества головного мозга [1]. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – одна из основных причин заболеваемости, инвалидизации и смертности во всем мире. Заболеваемость инсультом варьирует в различных регионах. В среднем, заболеваемость в большинстве стран Западной Европы не превышает 1-2 случая на 1000 населения. В ближайшее тысячелетие эксперты ВОЗ предполагают дальнейший рост количества мозговых инсультов (МИ). МИ – третья по значимости причина смертности (после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей всех локализаций). В Украине ежегодно от 100 до 120 тыс. жителей страны впервые заболевают инсультом. В 2011 году заболеваемость ОНМК в стране составила 294,6 на 100 тыс. населения, т.е. 110753 украинца перенесли МИ. При этом 35,5% всех случаев ОНМК произошло у людей трудоспособного возраста. Смертность от МИ в 2012 году составила 86,7 на 100 тыс. населения. В развитых странах Европы смертность от мозгового инсульта составляет 30-40 случаев на 100 тыс. населения. Около 30 % пациентов, перенесших инсульт, умирают в течении ближайшего года, а в течении еще 5 лет – умирают 45% пациентов. В структуре общей смертности в экономически развитых странах на него приходится 10-12%. Ежегодно от инсульта в мире умирают около 6 млн. человек [1]. Около 25% инвалидизации взрослого населения обусловлено инсультом [1]. ОНМК сопровождаются потенциальными осложнениями, которые также приводят к летальному исходу. В любое время после инсульта могут возникать эпилептические припадки, пневмония, лихорадка. В течении первых нескольких дней возникают: нарушения мочеиспускания – восходящий пиелонефрит – уросепсис; нарушение функций кишечника, обезвоживание, пролежни; тромбозы и эмболии из глубоких вен; спастичность и контрактуры; артралгии; падения и переломы; снижение настроения и тревога [2]. Некоторые осложнения обездвиженности можно предотвратить, такие как пролежни, контрактуры суставов, пневмонии, плече-лопаточный пе-

риартроз, тромбоз глубоких вен нижних конечностей; восходящий пиелонефрит и уросепсис, тромбоэмболию легочной артерии [2].

Профилактика пролежней занимает одно из ведущих мест в комплексном лечении больных с ОНМК и она вполне доступна. Если пролежни развиваются у пациентов возникает выраженный болевой синдром, который замедляет восстановление, а иногда приводит к смерти. Для профилактики пролежней необходимо оценить риск их развития, необходимо, чтобы больным занималась опытная и заинтересованная медицинская сестра, регулярно поворачивая пациента (каждые 2 часа); используя специальные подушки, наполненные крупами или сыпучими веществами, надувные круги или специальные надувные подушки, противопролежневые матрасы. Необходимо также использовать шерстяные покрывала и тапочки. Не допускать того чтобы у пациента развилась постинсультная депрессия (ПИД), при которой с большей вероятностью могут развиваться осложнения МИ такие как: тромбоз глубоких вен (ТГВ), пневмония, уроинфекция, пролежни. При чем некоторые из них бывают смертельные или снижают потенциальные возможности к восстановлению нарушенных функций [2].

Пролежень (лат. decubitus) – это омертвление (некроз) мягких тканей в результате постоянного давления, сопровождающегося местными нарушениями кровообращения и нервной трофики [2].

Материалы и методы

Нами проведен анализ 1500 историй болезней пациентов, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении 411 Центрального военного клинического госпиталя с 2000 г. до сентября 2007 года; и в ангионеврологическом отделении клиники нейрохирургии и неврологии Военно-медицинского клинического центра Южного региона с сентября 2007 года до января 2014 года. Пролежни были зафиксированы у 354 пациентов, что составило 23,6%. Из них 169 пациентов были переведены в ВМКЦ ЮР из других лечебных учреждений по согласованию с руководством госпиталя, уже с глубокими множественными пролежнями (47,74%). В ангионеврологическом отделении ВМКЦ ЮР пролежни возникали, как правило, на 7-10 день стационарного лечения, у тех больных которые были на постельном режиме. 137 из них (38,7%) были переведены в ангионеврологическое отделение из реанимационных отделений ВМКЦ ЮР, после длительного пребывания на искусственной вентиляции легких. У 48 (13,56%) пациентов ангионеврологического отделения пролежни возникли на 7-10 сутки. По локализации пролежни возникали: у 302 пациентов (85,3%) в люмбо-сакральной области, в области пяток у 216 больных (61%); в проекции лопаток – у 111 (31,35%), и в области волосистой части головы – у 23 больных (6,5%), соответственно.

Причинами возникновения пролежней после опроса пациентов и их родственников были следующие: плохой уход в других лечебных учреждениях до поступления в ангионеврологическое отделение ВМКЦ ЮР отмечали 92 пациентов (54,4%) из 169 больных ОНМК; слишком большой или слишком низкий вес пациентов, сухость кожи, недержание мочи и кала, заболевания, приводящие к нарушению трофики тканей, анемия, ограниченная подвижность, повышение или понижение температуры тела, недостаточное белковое питание. Из

всех 354 пациентов с пролежнями, больных с весом более 100 кг было 117 (33,05%); пациентов с недостаточным питанием – 73 пациентов (20,62%); больных сахарным диабетом или постинсультной гипергликемией – 82 пациентов (23,2%); больных с переломом шейки бедра – 13 пациентов (3,7%); с недержанием мочи – 44 больных (12,42%); сопутствующими инфекционными нарушениями – 14 (3,95%); с *anus praeter naturalis* – 6 (0,2 %); с сопутствующим псориазом – 11 (3,1%); с экземой нижних конечностей – 9 (2,54 %); с трофическими язвами нижних конечностей – 7 (2,0%); пациентов которые часто употребляли алкоголь (до 5 раз в неделю) – 39 (11,0%); пациентов, которые выкуривали до 1 пачки сигарет в сутки – 64 (18,1%), больных (пенсионеров МОУ) без определенного места жительства – 5 (1,4%).

Пролежни по нашим наблюдениям образовывались в большей степени в области крестца, лопаток, пяток, коленей, ребер, пальцев ног, больших вертелов бедренных костей, стоп, седалищной кости, гребней подвздошной кости и локтевых суставов, на пальцах рук, на голове и ушах. Поражалась кожа (поверхностный пролежень) и подкожная клетчатка с мышцами (глубокий пролежень, который опасен образованием инфицированной раны). Пролежень на коже возникал по нашим наблюдениям и от давления гипсовой повязки при переломах или на слизистой оболочке рта – от давления зубного протеза и т.д. Основные причины локализации образования пролежней – это давление и время. Если наружное давление на протяжении длительного времени (более двух часов) будет выше, чем давление внутри капилляров, то образование пролежней практически неизбежно. Об этом говорит тот факт, что при поступлении больных в ангионеврологическое отделение клиники нейрохирургии и неврологии ВМКЦ ЮР и при их длительном нахождении в лежачем положении в условиях отделения пролежни практически не формировались, благодаря соответствующему уходу за больными с ОНМК. Нами были отмечены следующие виды пролежней у наших пациентов по степени поражения наружных покровов.

– Степень I: Кожный покров не нарушен. Устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления.

– Степень II: Поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса.

– Степень III: Разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения.

– Степень IV: Поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости). При пролежнях III-IV степени мы приглашали на консультацию хирурга из отделения хирургической инфекции (главный метод лечения – хирургический).

Пролежни в области пяток, затылка и в области лопаток были небольших размеров до 3 см в диаметре, а в люмбо-сакральной области выделяли пролежни от 3-5 см – у 114 пациентов (32,2%); у 121 пациента (34,2%) пролежни от 6 см до 10 см в диаметре; у 79 пациентов (22,3%) пролежни были сливными, состоящими из нескольких очагов, а самый большой размер кожных поражений был более 10 см.

Лечение ОНМК направлено на нормализацию обмена веществ, возобновление работоспособности пациентов и предупреждение развития осложнений. Практический опыт показывает, что классическая терапия ОНМК далеко не всегда решает все проблемы, по этому актуальным является использование методов лечения, которые позволяют влиять на различные патогенетические факторы развития ОНМК и их осложнений. Наше внимание обратил метод лазеротерапии, который широко используется в клинической практике [3]. Многолетний опыт лечения больных в условиях ВМКЦ ЮР свидетельствует о высоком эффекте у больных с раневой инфекцией, трофическими язвами. За последние годы значительно активизировалось использование лазеров в медицине и биологии. В Харькове создан НИИ лазерной биологии и лазерной медицины при Харьковском университете [4].

Цель нашей работы – ознакомление врачей ангионеврологов, неврологов, реаниматологов с нашим опытом исследования магнито-лазерной терапии в комплексе с местной терапией для лечения пролежней у больных которые перенесли ОНМК.

Для лечения мы использовали аппарат «МИТ-1 МЛТ» (МНЦ «Мединтех», Украина) а для местного лечения использовали мазь собственного приготовления:

- раствор альфа-токоферола ацетата масляный 10% – 5,0 мл;
- масло облепиховое – 5,0 мл;
- раствор ретинола ацетата масляный 8,6% (250 000 МЕ в 1,0 мл) – 5,0 мл;
- экстракт алоэ жидкий – 1,0 мл;
- крем детский («Свобода», Россия) – 50,0 мл.

I-я группа (83 пациента – 23,4 %) получала медикаментозное традиционное лечение, проводился туалет пролежней;

II-я группа (145 пациентов – 41 %) на фоне традиционной медикаментозной терапии получала МЛТ на пояснично-крестцовую область (мощность светового потока (50 ± 10) мВт, максимальное значение магнитной индукции – 30 мТл, 15-20 мин., ежедневно на курс 10 процедур) – локальная методика влияния;

III-я группа (126 пациентов – 35,6 %) получала комплекс традиционной медикаментозной терапии; МЛТ по многоуровневой методике, и локальную терапию с использованием мазевых повязок. Влияние последовательно осуществляли на затылочную область или область проекции ОНМК (на височную область) – магнито-инфракрасный аппликатор (2 мин.), на области поражения кожных покровов пролежнями (по 2 мин на каждую зону) на пояснично-крестцовую область (магнито-инфракрасный аппликатор – 10-15 мин). Потом осуществляли влияние по ходу иррадиации болей, с этой целью использовали магнито-красный аппликатор, который размещали симметрично в каждой из зон иррадиации по 1-2 мин. При проведении процедур МЛТ интенсивность влияния постепенно увеличивали от 5-7 до 8-9, частоту модуляции увеличивали от 7,5 до 9,6 Гц. Процедуры выполняли ежедневно, начиная с первого дня визуализации пролежней. Общая длительность процедуры составляла до 30 мин. Курс лечения – 10-15 процедур.

Результаты исследований и их обсуждение

В ангионеврологическом отделении ВМКЦ ЮР разработана специальная система профилактики и лечения пролежней. Хороший уход и рациональное питание является лучшей профилактикой пролежней. С этой целью дежурная смена ангионеврологического отделения регулярно (1 раз в 2 часа) переворачивает больного и следит за тем, чтобы кожа пациентов была сухой. Тело больных регулярно протирается камфорным спиртом и другими антисептическими растворами. У пациентов с высоким риском развития пролежней используются специальные материалы (надувные, водные подушечки; подушечки заполненные сыпучими веществами; специальные надувные круги), валики, противопролежневые матрасы. При наличии некротических язв хирургическую обработку ран проводили хирурги из отделения хирургической инфекции ВМКЦ ЮР. Перед этим пациентам в течении 3-5 суток назначали антибиотики. Таким образом, тщательный уход за кожей (протирание), регулярная смена белья и перемена положения больного в постели обязательно каждые два часа, применение специально массирующего (водного, пневматического и т.д.) матраса и других специальных приспособлений, использование специального электрического белья (которое благодаря электрическим импульсам имитирует движение мышц) не приводило к развитию пролежней. В случаях возникновения пролежней мы использовали для лечения ультрафиолетовое облучение, электростатический душ, биоокклюзионные повязки, смазывание: 10% камфорным спиртом при первой стадии пролежней, мазью «Солкосерил» при II-й стадии; при III-IV стадии – хирургическое лечение, перевязки, мазь «Ируксол», общеукрепляющие мероприятия. Также с успехом нами была использована ударно-волновая терапия. Весьма эффективны серебросодержащие препараты («Аргокрем» при I-й степени, «Аргогель» при II-IV степенях, повязки из 2%-го раствора кластерного серебра). Они не только борются с возможными инфекциями, которые могут осложнить травму, но и стимулируют как местный, так и общий иммунитет. Для лечения пролежней мы также использовали антибактериальные препараты и фунгицидные средства; некролитические препараты (коллагеназа, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин); дегидратирующие и гиперосмолярные препараты, ангиопротекторы, средства улучшающие микроциркуляцию (пирикарбат, трибенозид), противовоспалительные и гормональные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон), стимуляторы репаративных процессов (метилурацил, винилин, мазь каланхоэ), серебросодержащие препараты (арговит, аргокрем, аргогель, аргосульфат, дермазин). Особое место в лечении занимало питание больного. В рационе этих пациентов преобладала богатая белками пища. За сутки мы рекомендовали им выпивать не менее 1,5 литров жидкости. В случаях неэффективности лечения пролежней мы вынуждены были использовать магнитолазерную терапию локально.

Все наши пациенты перенесли ОНМК, диагноз был подтвержден клиническим неврологическим исследованием, КТГМ, МРТГМ.

Все больные хорошо переносили лечение, отмечали регресс неврологической симптоматики, заживление пролежней, отмечали уменьшение болезнен-

ности в области пролежней, улучшение подвижности позвоночника и общего самочувствия.

Под влиянием МЛТ отмечались положительные изменения клинической картины заболевания (ОНМК), регресс неврологической симптоматики, заживление пролежней. Установлены преимущества в заживлении пролежней при использовании комплексной терапии: традиционной медикаментозной терапии; МЛТ по многоуровневой методике и локальных мазевых повязок. Болевой синдром у больных с пролежнями, которые перенесли ОНМК, уменьшался или исчезал у 56 (67,5 %) пациентов, начиная с 9–12-го дня под влиянием медикаментозной терапии; под влиянием лечебного комплекса с включением методики локальной МЛТ – у 112 (77,2 %) пациентов с 5–8-го дня ($p < 0,01$); а под влиянием лечебного комплекса с использованием методики многоуровневой МЛТ и локальных мазевых повязок у 114 (90,5 %) пациентов с 2-3 дня от пребывания в госпитале (соответственно $p < 0,001$ и $p < 0,01$).

Заживление пролежней у пациентов с ОНМК под влиянием традиционной медикаментозной терапии отмечалось у 63 (75,9 %) пациентов с 10-12 дня; под влиянием лечебного комплекса с включением методики локальной МЛТ – у 121 (83,4 %) пациентов с 7-9 дня ($p < 0,01$); а под влиянием лечебного комплекса с использованием методики многоуровневой МЛТ и локальных мазевых повязок у 123 (97,6 %) пациентов с 2-3 дня от пребывания в госпитале (соответственно $p < 0,001$ и $p < 0,01$).

Результаты проведенного исследования позволяют обосновать основные принципы выбора зон влияния с использованием многоуровневого подхода, как наиболее перспективного и значимого для получения положительного терапевтического эффекта. Многоуровневый, системный принцип выбора зон в соединении с сочетаемым использованием современных физиотерапевтических технологий и рационального местного лечения расширяет возможности восстановительного лечения больных с пролежнями, которые перенесли ОНМК.

Использование сочетаемых методик лечебных физических факторов, с учетом многоуровневого системного принципа выбора зон, не отождествляют их суммарный эффект, а представляет собой новое количественно-качественное влияние, что существенно усиливает эффекты отдельно взятого фактора, благодаря своеобразному терапевтическому синергизму [3].

Таким образом, на основе клинических и инструментальных методов исследования у пациентов с пролежнями, которые перенесли ОНМК на госпитальном этапе впервые установлены особенности лечебного действия разных вариантов МЛТ при локальном и многоуровневом использовании.

Выводы

Таким образом, комплексное лечение больных с пролежнями, перенесших ОНМК, с использованием местной терапии и магнито-лазерной терапии по (локальной и многоуровневой методикам) способствует регрессу болевого синдрома, способствует заживлению пролежней, обладает сано- и патогенетическим влиянием, что подтверждается улучшением клинико-неврологического статуса. Разрабатываемые комплексы восстановительного лечения с использованием методик МЛТ являются дифференцированными в зависимости от тяжести и длительности течения ОНМК, осложненных пролежнями. Их применение

способствует значительному повышению эффективности терапии, поддерживает более продолжительную ремиссию, предупреждает развитие рецидивов заболевания и повышает качество жизни больных с пролежнями, после перенесенных ОНМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вопросы и ответы в неврологии : справочник врача / под ред. Мищенко Т.С. – К. : ООО «Доктор-Медиа», 2012. – 432 с.
2. Грэм Дж. Хэнки. Инсульт (ответы на ваши вопросы) / Грэм Дж. Хэнки. – Будапешт, 2005. – 382 с.
3. Самосюк И.З., Лысенюк В.П., Лобода М.В. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике / И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк, М. В. Лобода. – К. : Здоров'я, 1997. – 240 с.
4. Савич В.А., Замобовский И.И., Тырков О.Ф. и др. Материалы X Международной научной практики конференции «Применение лазеров в медицине и биологии» (Харьков, 19-23 мая 1998 г.). – Харьков, 1998. – С. 5.