

ОРҚА МИЯ ШИКАСТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НЕЙРОТРОФИК ЯРАЛИ ДЕФЕКТНИ ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ НАТИЖАЛАРИ



Матмуротов Қувондик Жуманиёзович, Халикова Ойимхон Маликжон кизи
Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Матмуротов Кувондик Жуманиёзович, Халикова Ойимхон Маликжон кизи
Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

RESULTS OF PLASTIC SURGICAL OPERATIONS FOR NEUROTROPHIC ULCERATIVE DEFECT IN PATIENTS WITH SPINAL INJURY

Matmurotov Kuvondik Jumaniyozovich, Khalikova Oyimkhon Malikzhon kizi
Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: oyimxonxalikova@gmail.com

Резюме. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, ётоқ жаралари умуртқаси шикастланган беморларда 28% дан 90% гача тез-тез учрайди ва реабилитация чораларини кўришга тўсқинлик қилувчи асосий омилларидан биридир. Бундан ташқари, умуртқа поғонаси шикастланишидан сўнг ётоқ яраси сепсиси узоқ вақт давом этаётган умуртқа поғонаси билан касалланган беморларда ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Мақсад: умуртқа поғонаси шикастланган беморларда пластик жарроҳликнинг узоқ муддатли натижаларини ўрганишидир. Тадқиқот материаллари ва усуллари: Ушбу тадқиқотда нейротрофик яраси бўлган 12 нафар беморни узоқ муддатли стационар даволаш натижалари таҳлил қилинди, улар умуртқа поғонаси ва орқа миyaning шикастланиши билан оғриган, аввал бошқа даволаш-профилактика муассасаларида консерватив ва жарроҳлик муолажаларини муваффақиятсиз ўтказган беморлардир. Ушбу беморлар 2020-2024-йилларда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси йирингли жарроҳлик ва қандли диабетнинг жарроҳлик асоратлари бўлимида стационар даволанган. Ётоқ жаралари 7 (58,3%) нафар беморларда думба соҳасида, 2 (16,7%) нафарида думгаза соҳасида ва 3 (25,0%) та ҳолатда соннинг латерал юзасининг проксимал қисмида (тос суяги билан сон суягини туташтирган бўғимида) локализациялашган. Суяк тўқималарининг нобуд бўлиши 12 та ҳолатдан 5 тасида (41,7%), думба соҳасидаги нейротрофик ўзгаришлар бўлган беморларда кузатилган. Деярли барча беморларда барча турдаги ўтказувчан сезувчанлик ё'қлиги билан пастки парализация бор бўлган. Натижалар: Тадқиқот ёрдамида тарангликсиз қон билан яхши таъминланган тўқималар билан ётоқ жойларини муваффақиятли ёпишга еришилган. Шунингдек, операциядан кейинги даврда маълум шарт-шароитларга қатъий риоя этиши ҳам катта аҳамиятга эгадир.

Калим сўзлар: орқа миya зарарланган беморлар, нейротрофик жаралар, пластик жарроҳлик.

Abstract. Recent studies on spinal cord injury patients commonly define pressure ulcers as neurotrophic disorders resulting from spinal cord trauma. Pressure sores, as reported by various authors, are observed in 28 to 90% of spinal cord injury patients and are considered one of the primary obstacles to the implementation of effective rehabilitation measures. The aim: The aim of this study was to investigate the long-term outcomes of plastic surgeries in patients with spinal cord injuries. Materials and Methods of the Study: This study analyzed the long-term outcomes of inpatient treatment in 12 patients with neurotrophic ulcers caused by post-traumatic spinal cord and vertebral injuries, who had previously undergone unsuccessful conservative and surgical treatments at other healthcare facilities. These patients received inpatient care in the department of purulent surgery and surgical complications of diabetes at the multidisciplinary clinic of Tashkent Medical Academy from 2020 to 2024. In 7 (58.3%) patients, the ulcers were localized in the gluteal area, in 2 (16.7%) in the sacral region, and in 3 (25.0%) cases in the proximal part of the lateral thigh (hip joint area). Bone tissue destruction was observed in 5 cases (41.7%) out of 12, in patients with neurotrophic changes in the gluteal region. Almost all patients had lower paraplegia with complete loss of all types of sensation by the conduction type. Results: As a result, it was possible to close the pressure ulcers with well-perfused tissue without tension. Additionally, adherence to specific conditions during the postoperative period played a significant role in the successful outcomes.

Тадқиқотнинг долзарблиги. Орқа мия шикастланган беморларга оид кўплаб сўнгги тадқиқотларда ётоқ яралари орқа мия шикастланиши натижасида келиб чиққан нейротрофик касалликлар сифатида тавсифланади. Бу зарарланган жойда иннервациянинг йўқлиги, тўқималарнинг паст қаршилиги ва уларнинг репаратив регенерацияга заифлигини таъкидлайди (Басков А.В., 2000; Никитин Г.Д., Карташев И.П., 2001; Михеев Е.В., 1998). Бироқ, баъзи муаллифлар эътиборни куч ва ишқаланиш силжишига олиб келувчи босим омилларига қаратади. Скелет суяклари ва тўшак юзаси орасидаги тўқималарга таъсир қилувчи бу омиллар юмшоқ тўқималар ишемиясига олиб келади, у узоқ вақт давомидаги экспозиция таъсирида тўқималарнинг некрозига айланади, иккиламчи инфекция қўшилади ва ноқулай шароитлар билан биргаликда оғир септик ҳолатнинг ривожланишига сабаб бўлади (Михеев Е.В., 1998; М.В.19; Елизаров.19 Банов К., КраусеБергманн Ф., Бреннер П., 1997) [6].

Турли муаллифларнинг фикрига кўра, ётоқ яралари умуртқаси шикастланган беморларда 28% дан 90% гача тез-тез учрайди ва реабилитация чораларини кўришга тўсқинлик қилувчи асосий омилларидан биридир. Бундан ташқари, умуртқа поғонаси шикастланишидан сўнг ётоқ яраси сепсиси узоқ вақт давом этаётган умуртқа поғонаси билан касалланган беморларда ўлимнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. [9].

Тананинг анатомик зоналарининг силжиш кучи, ишқаланиш ва намлик ярали нуқсонларнинг пайдо бўлишида доим тасир қилиб турувчи омиллар эканлиги аниқланди. [5]. Катта кўламдаги яра нуқсонлари аксарият беморларнинг умумий ҳолатига салбий таъсир кўрсатади, жоиз бўлган юкумли асоратларнинг ривожланиш тезлигига, (анаэроб-чириш жараёнининг пайдо бўлишигача), шунингдек, ўлимга олиб келади.

Бундан ташқари, мавжуд трофик яралар беморнинг касалхонада бўлиш муддатини ортиши, уни парвариш қилиш харажатлари ва тиббий ва хизмат кўрсатиш ходимлари томонидан сарфланган вақтнинг кўпайиши туфайли даволанишнинг умумий нархини оширади [7].

Умуртқа поғонаси жароҳати ҳолатида тўқималарнинг нейротрофик ўзгариши бўлган беморларни даволаётган амалиётчи жарроҳ кўплаб омилларни, шу жумладан тўқималарнинг шикастланиш даражасини ҳисобга олиши керак, чунки жарроҳлик даволаш тактикасини танлашда ушбу ҳолат муҳим аҳамиятга эгадир.

Ётоқ яралари таснифи: 1-босқич - босим тўхтатилгандан кейин ўтиб кетмайдиган терининг турғун гиперемияси, териға зарар етказилмаган;

2 босқич - терининг турғун гиперемияси, эпидермиснинг ажралиши, тери ости тўқималарига тарқалиши билан бирга терининг бутунлигининг енгил (юзаки) бузилиши (некроз);

3-босқич - мушак ичига кириб, мушак қаватиға қадар терининг емирилиши (некроз), ярадан суюқ йиринглар чиқиши мумкин;

4-босқич - барча юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши (некроз), пай ва/ёки суяклар кўринадиган бўшлиқнинг мавжудлиги.

Ётоқ яралари ўз ривожланишида қуйидаги босқичлардан ўтади: 1) некроз; 2) некроздан тозаланган трофик яранинг грануляцияси; 3) эпителизация; 4) чандик ёки трофик яранинг шаклланиши [9].

Консерватив даволаш учун замонавий юқори технологик ярани боғлаш воситалари мавжудлигига қарамасдан, нейротрофик яраларни тубдан ёпиш муаммоси бугунги кунда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Жаҳон амалиётида нейротрофик яраларни ёпишнинг жуда кўп усул ва йўллари ишлаб чиқилган: эркин тилинган ва тўлиқ қатламли аутотрансплантат, ўзидан кўчирилган лахтақлар билан, вақтинча озикланувчи оёқча орқали, тўқималар комплексларини эркин ва эркин бўлмаган трансплантация қилиш [1, 2, 3, 4, 8].

Юқорида айтилганларнинг барчаси жароҳат нуқсонини реабилитация қилиш муддатиға бевосита таъсир кўрсатиши мумкин бўлган нейротрофик яраларнинг локализациясини ҳисобга олган ҳолда, орқа мия шикастланган беморларда нейротрофик яраларни жарроҳлик ва консерватив даволашнинг энг мақбул тактикасини танлаш зарурлигини кўрсатади.

Шу муносабат билан, ушбу тадқиқотнинг мақсади умуртқа поғонаси шикастланган беморларда пластик жарроҳликнинг узоқ муддатли натижаларини ўрганишдир.

Материал ва тадқиқот усуллари

Ушбу тадқиқотда нейротрофик яраси бўлган 12 нафар беморни узоқ муддатли стационар даволаш натижалари таҳлил қилинди, улар умуртқа поғонаси ва орқа миянинг шикастланиши билан оғриган, аввал бошқа даволаш-профилактика муассасаларида консерватив ва жарроҳлик муолажаларини муваффақиятсиз ўтказган беморлардир. Ушбу беморлар 2020-2024-йилларда Тошкент давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси йирингли жарроҳлик ва қандли диабетнинг жарроҳлик асоратлари бўлимида стационар даволанган. Клиникаға ётқизилган барча

беморлар остеомиелитни истисно қилиш учун яра нуқсони ҳудудида умуртқа поғонасининг умумий клиник ва инструментал МРТ ва рентген текширувидан ўтказилди. Антибактериал терапиядан ташқари, беморлар инфузион терапия ўтказилди. Қўшилган беморлар орасида 4 нафар эркак (33,3%) ва 8 нафар аёл (66,7%) бор.

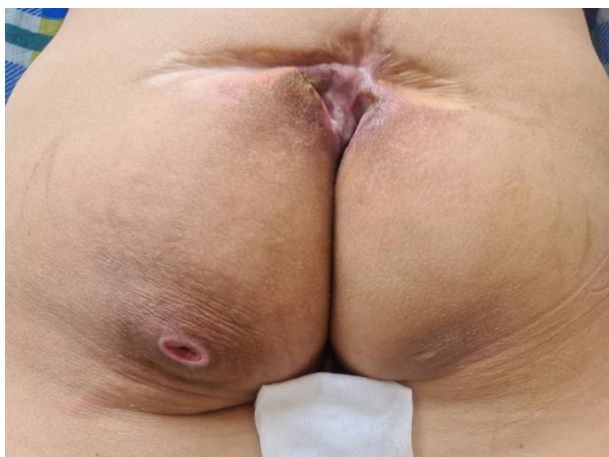
Булар асосан 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган шахслар бўлган, яъни беморлар ижтимоий ҳаётининг энг фаол ёшида бўлган. Диаметри бир неча сантиметрдан 10-15 см гача ўзгариб турган ўлчамдаги ётоқ яралари грануляция билан ва аксарият ҳолларда некротик тўқималар билан қопланган қўпол каварикли сурункали тери яраси кўринишида бўлган. Ётоқ яралари 7 (58,3%) нафар беморларда думба соҳасида, 2 (16,7%) нафарида думғаза соҳасида ва 3 (25,0%) та ҳолатда соннинг латерал юзасининг проксимал қисмида (тос суяги билан сон суягини туташтирган бўғимида) локализациялашган. Суяк тўқималарининг нобуд бўлиши 12 та ҳолатдан 5

тасида (41,7%), думба соҳасидаги нейротрофик ўзгаришлар бўлган беморларда кузатилган. Деярли барча беморларда барча турдаги ўтказувчан сезувчанлик йўқлиги билан пастки параплегия бор бўлган.

Жарроҳлик аралашуви операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг амалга оширилган, бу яра нуқсони микрофлорасини бактериологик текшириш ва унинг антибактериал препаратларга сезгирлигини аниқлаш, танадаги электролитлар, сув ва оксиллар мувозанатини тиклаш, ётоқ ярасини детоксикация ва санация (босқичли некректомиялар, полиэтилен гликол асосидаги малҳамдан фойдаланиш билан бирга турли антисептиклар ёрдамида даволаш) қилишдан сўнг рационал антибиотик терапиясини ўз ичига олди. Ётоқ ярасининг жарроҳлик амалиётига тайёрлигининг асосий мезонлари бутун юзада грануляция тўқималарининг мавжудлиги, некротик тўқималарнинг йўқлиги ва яра интоксикациясининг клиник белгилари эди.

Жадвал 1. Операциядан олдинги баҳолаш ва тайёргарлик, операция муолажалари, операциядан кейинги парвариш ва реабилитацияни ўз ичига олган даволаш дастури

1 ҲАФТА - КАСАЛҲОНАДА ЁТИБ ДАВОЛАНИШ РЕЖИМИ
Операциядан кейинги биринчи ҳафтада бемор босимни камайтирадиган иситиладиган махсус Слинитрон тўшагида ётади.
2 ҲАФТА - РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЛИМИДА ЁТИБ ДАВОЛАНИШ РЕЖИМИ
Иккинчи ҳафта босимни пасайтирадиган дамлама матрасли ётоқда ўтказилади. Душ қабул қилиш, қовуқ ва ичакни бўшатиш ётоқда амалга оширилиши керак. Овқатланаётганда, бемор оёқларини букиб, 60 даража бурчак остида ўтириши мумкин. Беморнинг ётоқдаги ҳолатини мунтазам равишда ўзгартириш керак. Жарроҳлик соҳаси кунига уч марта текширилади ва ҳужжатлаштирилади.
3 ҲАФТА – НОГИРОНЛАР АРАВАЧАСИДА ЎТИРИШНИ БОШЛАШ
Чоклар олиб ташланади ва бемор кунига уч марта 30 дақиқа давомида юқори профилли ҳаво билан дамлланган ёстиқ қўйилган ногиронлар аравачасида ўтириши мумкин. Ҳаракат қилиш ва кийинишда ёрдам талаб қилинади, олдинга эгилишга йўл қўйилмайди. Жарроҳлик соҳаси ўтиришдан олдин ва кейин текширилади. Ногиронлар аравачаси ва ёстиқ биринчи ўтирганда терапевт томонидан созланади. Ўтириш вақти аста-секин максимал икки соатгача оширилади.
4 ҲАФТА - ОЁҚЛАР ТЎҒРИ УЗАТИЛГАН ҲОЛАТДА ЎТИРИШНИ БОШЛАШ
Беморга оёқларини тўғри узатиб, тосини 90 даражага букиб, бироқ олдинга эгилмасдан ўтиришга рухсат берилади. Унитаз/душ ўриндиғида босимни туширадиган ёстиқ ёрдамида ўтиришга рухсат берилади. Ногиронлар аравачасидаги босимни ўтириш ҳолати ва ёстикни оптималлаштириш учун физиотерапевт томонидан амалга оширилади. Куч ва чидамликка қаратилган машқлар жарроҳлик соҳасини зўриқтирмасдан, эҳтиёткорлик билан бошланади. Ётоқ яралари ҳақида беморга диққат билан тушунтиришлар бериш керак.
5 ҲАФТА – ЧЕКЛАШЛАР
Бешинчи ҳафтанинг охирида бемор касалхонага ётқизилади. 6 ойлик чекловлар: реабилитацияда бўлгани каби, босимни йўқотиш мосламаларидан фойдаланган ҳолда максимал 2 соат ўтириш мумкин. Бутун умр бўйи чекловлар: ногиронлар аравачасида ёки тўшакда ўрнини мунтазам равишда ўзгартиради босимни туширадиган ёстиқ/матрас ёрдамида – қайси биридан фойдаланиш масаласи 6 ойлик текширувдан кейин ҳал қилинади. Кунига 1-2 марта ётоқда тушириш ва текшириш (танани), агар керак бўлса, сабабни бартараф этиш йўлини топамиз. 6 ой давомида мураккаб даражадаги машғулотларга рухсат берилмайди.



Расм 1. Беморнинг бўлимга ётқизилгандаги чап думба соҳасидаги ётоқ яранинг ҳолати



Расм 2. Яра тешиги дефектини тўлиқ олиб ташлаш ва ётоқ ярасининг пластик жарроҳлиги

Думба соҳасидаги катта ўлчамдаги ётоқ жараларида маҳаллий тўқималарнинг пластик жарроҳлик амалиёти қўлланилган ва бир ҳолатда, нуқсоннинг катталиги ва аниқ чуқур ўйиклиги туфайли, m.grasillis ёрдамида миопластика қилинган. Думғаза ва тос суяги билан сон суягини туташтирган бўғимда яра нуқсони локализация қилинганида, мос равишда "болға шаклидаги" ва "П" шаклидаги тери-мушак лахтаги билан пластик жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Кичкина ётоқ ярасида уни кесиб ташлаб, сўнгра атрофдаги тўқималардан фойдаланган ҳолда яра юзасида пластик жарроҳлик амалиёти қўлланилган.

Реконструктив жарроҳлик амалиётини талаб қиладиган пост-травматик орқа мия

жароҳатларининг анатомик зоналарида операциядан кейинги беморлар парваришини яхшилаш, ёрдамни кучайтириш, рецидив олдини олиш ва узок муддатли кузатув натижаларни яхшилаш учун 2002 йилда Стокгоlm региониди (Швеция) операция бўлими (реконструктив пластик жарроҳлик бўлими, Каролина университет шифохонаси) ва реабилитация маркази (Стокгоlm реабилитация маркази) ўртасида ҳамкорлик ўрнатиш ишлаб чиқилган. Операциядан олдинги баҳолаш ва тайёргарлик, операция муолажалари, операциядан кейинги парвариш ва реабилитацияни ўз ичига олган даволаш дастури жорий этилди (1-жадвал).

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш.
Олинган маълумотларнинг таҳлили шуни

кўрсатдики, операциядан кейинги давр барча беморлар учун муаммосиз ўтган ва яралар бита бошлаган. Бу ётоқ ярасининг эски кирраларини кесиш, пухта қилинган гемостаз ва томирлар архитекtonикасини ҳисобга олган ҳолда тери-мушак лахтагини кенг томир оёқчасида кўчирилишини ўз ичига олувчи биз қўллаётган услубга боғлиқдир. Бунинг ёрдамида тарангликсиз қон билан яхши таъминланган тўқималар билан ётоқ жойларини муваффақиятли ёпишга эришилган. Шунингдек, операциядан кейинги даврда маълум шарт-шароитларга қатъий риоя этиш ҳам катта аҳамиятга эгадир.

Клиник кузатув. Бемор Д.Н., 1990 й.т., касаллик тарихи № 28402/13348/270, 2020-йилда уйда баландликдан йиқилиб, танасининг Л1 умуртқасининг синиши натижасида бирдан оёқлари фалаж бўлиб қолди. 2023 йил апрел ойида чап думба соҳасида ётоқ яралари пайдо бўлди, у ўз яшаши жойида стационар ва амбулатор шароитларда даволанди ва бир неча бор операция қилинди.

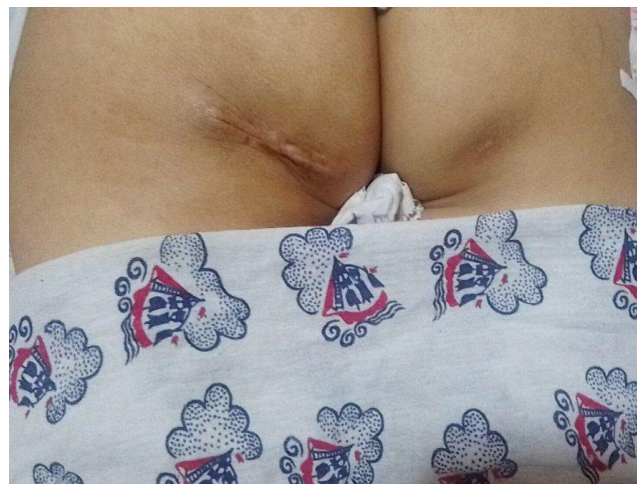
Нейротрофик яраси битмаганлиги сабабли Тошкент давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси йирингли жарроҳлик ва қандли диабетнинг жарроҳлик асоратлари бўлимига жарроҳлик йўли билан даволаниши учун ётқизилди. Умумий қувватизлик, чап думба соҳасидаги ётоқ яралари, оёқларида ҳаракасизлик ва сезувчанлик йўқлиги юзасидан шикоятлари билан қабул қилинди.

Неврологик ҳолат: оёқларининг спастик фалажи, Л1 даражасидан ўтказувчанлик типидagi беҳушлик. Маҳаллий ҳолат: Чап думба соҳасида шалвираган оч пушти грануляциялар билан қопланган, серозли ажралма бўлган ўлчами 6,0 дан 3,0 смли ётоқ яраси мавжуд. Яра нуқсонининг чуқурлиги 8,0 смга тенг. Диагноз: баландлик касаллигидан кейинги ҳолат ва белдаги умуртқа поғонасини қайта тиклаш ва яра нуқсонини пластикаси. Чап думба соҳасида чуқур ётоқ яраси. Л1 компрессион синишидан кейин кеч тикланиши даври (2020). Икки томонлама Л1 даражасидан ўтказувчанлик типидagi сезгирлиги бузилган. Тос аъзоларининг дисфункцияси.

Қон тестлари: Нb – 114 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$, л – $8,7 \times 10^9$, ЭЧТ – 42, билирубин – 7,4 ммол/л, АЛТ – 17,5 ммол/л, АСТ – 16,6 ммол/л.

Беморга жарроҳлик амалиёти ўтказилди: чап думба соҳасидаги ётоқ ярасини кесиш, маҳаллий тўқималардан фойдаланган ҳолда яра нуқсонини пластик операцияси. Ушбу аралашувнинг ўзига хос хусусияти пластик жарроҳликни амалга оширишдан олдин резекция қилинган қуймуч суякнинг йўқ қилиниши эди. Ушбу операциянинг асосий шarti яра нуқсонига яқин бўлган тўқималарни эҳтиёткорлик билан астойдил олиб ташлашдир.

Кейинги муҳим жиҳат – суяк пардаси ва мушак ёрдамида нуқсоннинг тубидаги зич зонани яратиш. Ушбу амал операциядан кейинги асорат ва қайтовланишларнинг олдини олишнинг гаровидир.



Расм 3. Операциядан кейинги узок муддатли давр (6 ойдан кейин)

Ушбу клиник ҳолатда узок муддатли кузатув даврида қулай натижа билан ўтган раvon операция йўналиши.

Мулоҳоза. Думба ва думғаза соҳасидаги ётоқ яралари катта ҳажмга эга ва умуртқа поғонаси шикастланган беморларда инфекциянинг асосий манбаи ҳисобланади. Ушбу соҳадаги қон томирлари билан боғлиқ муаммолар бўлмайди, чунки касалликнинг келиб чиқиши сабаблари некротик зоналарни шакллантирувчи тўқималарга нуктали доимий босим мавжудлигидир. Некротик юмшоқ тўқималарни олиб ташлаш ва ярани тозалашдан сўнг, думғазанинг чиқиб турган қисмларини олиб ташлаш керак. Яра нуқсонларини ёпаётганда, кўчирилган тери-фасциал лахтак билан пластик операция қилиш афзалроқдир. Тери нуқсони остида тери ости тўқималарининг, хужайра бўшлиқларининг ва мушакларнинг катта ҳажмдаги зарарланган кенг қўламли бўшлиқлари аниқланади. Қон томирлари ва нервларнинг яқин жойлашганлиги жарроҳлик даволашда қийинчиликларни туғдиради. Шунинг учун маҳаллий тўқималарнинг ангиосома тузилишини ҳисобга олиш ва бинобарин мобилизацияланган лахтакнинг озиклантирувчи томир ва йўллари сақлаб қолиш керак.

Хулосалар:

1. Пастки параплегия билан оғриган беморларда сурункали яра нуқсонларини даволашда тўғри танланган стратегияда яхши натижалар берувчи реконструктив-тиклаш жарроҳлик устувор йўналиш ҳисобланади.

2. Умуртқа поғонаси шикастланишида яра нуқсонининг жойлашишига қараб индивидуал

танланган даволаш тадбирлари дастури операциядан кейинги асоратлар ва қайтовлашларнинг олдини олиш нуқтаи назаридан юқори самара беради. Ушбу йўналишда думғаза ва тос суягининг сон суяги билан боғланган соҳаларда "болға шаклидаги" ва "П" шаклидаги пластиклар оптимал ҳисобланади.

3. Беморларни сурункали яра нуқсонларидан ҳалос қилиш бугунги кунда реабилитация тиббиётининг асосий вазифаси бўлиб, патологик ўчоқни бартараф этишга қаратилган барча жарроҳлик аралашувлар, албатта, умуртка касалликлари билан бетоб бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайдди.

Адабиётлар:

1. Бикташева Е.М., Минасов Б.Ш., Валеев М.М. "Микрохирургические технологии при лечении больных с обширными дефектами мягких тканей проксимальных отделов стопы" // Практ. медицина. 2015. № 6 (91). С. 90-93.
2. Борзих А.В., Труфанов И.М., Погорилык А.И., Варин В.В., Сухин В.П. "Комплексное реконструктивно-восстановительное лечение обширных посттравматических дефектов голени и стопы" / Травма. 2009. № 1. С. 45-52.
3. Кочиш А.Й., Родоманова Л.А. "Возможности замещения раневых дефектов стоп лоскутами с осевым типом кровоснабжения" // Травматология и ортопедия России. 2008. № 2. С. 120-121.
4. Кутяпов Д.И., Родоманова Л.А. "Современные принципы и тенденции использования осевых кровоснабжаемых лоскутов в реконструктивной хирургии конечностей" // Травматология и ортопедия России. 2015. № 1. С. 106-115.
5. Минасов Б.Ш., Валеев М.М., Бикташева Е.М. "Тактика хирургического лечения и послеоперационного ведения пациентов с нейротрофическими язвами заднего отдела стопы на основе функциональных лоскутов" // Гений Ортопедии № 3, 2016 г.
6. Насрединов М.А. "Хирургическое лечение пролежней области крестца у спинальных больных" 2002.
7. Сонис А.Г., Фомин А.В., Ладонин С.В., Сефединова М.Й., Безрукова М.А., Алексеев Д.Г., "Современный подход к лечению декубитальных язв ИВ стадии" // Том 5, №3 (2020)

[хтtps://инноссиенсе.ру/2500-1388/issue/view/2813](https://innosience.ru/2500-1388/issue/view/2813).

8. "Способ ротации медиального кожно-фасциального лоскута стопы при пластике мягких тканей стопы": пат. 2357696 Рос. Федерация. № 2008104735/14 ; заявл. 28.01.2008 ; опубл. 10.06.2009, Бюл. № 16. 5 с.

9. Филатов Й.В. "Лечение и профилактика пролежней", 2010.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Матмуротов К.Ж., Халикова О.М.

Резюме. Пролежневые раны, по данным различных авторов, встречаются с частотой от 28 % до 90 % случаев среди спинальных больных и являются одним из основных факторов, препятствующих проведению реабилитационных мероприятий. Кроме того, пролежневый сепсис является одной из основных причин смерти пациентов в отдалённые сроки у пациентов после спинальной травмы. Цель: изучение отдалённых результатов пластических операций у спинальных больных. Материалы и методы исследования: В данном исследовании были проанализированы отдалённые результаты стационарного лечения 12 больных с нейротрофическими язвами у больных с посттравматическими поражениями позвоночника и спинного мозга, которым ранее проводилось безуспешное консервативное и хирургическое лечение в других лечебно-профилактических учреждениях. Эти пациенты получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в период с 2020 по 2024 гг. У 7 (58,3%) пациентов они локализовались в ягодичной области, у 2 (16,7%) - в области крестца и в 3 (25,0%) случаях в области проксимальной части латеральной поверхности бедра (область тазобедренного сустава). Деструкция костной ткани наблюдалась в 5 случаях (41,7%) из 12, у пациентов с нейротрофическими изменениями ягодичной области. Практически у всех больных были нижняя парапарезия с отсутствием всех видов чувствительности по проводниковому типу. Результаты: удавалось закрыть пролежни хорошо кровоснабжаемыми тканями без натяжения. Также немаловажное значение имеет соблюдение определенных условий в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: спинальные больные, нейротрофические язвы, пластические операции.