

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



**В Е С Т Н И К**

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



*Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе*

*редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии*

*Начальник отдела: М. Н. Аслонов*

*Редактор русского текста: О.А. Козлова*

*Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева*

*Редактор английского текста: А.Х. Жураев*

*Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева*

*Учредитель: Ташкентская медицинская академия*

*Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации*

*Регистрационное свидетельство 02-00128*

*Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года*

*реестром ВАК в раздел медицинских наук*

*Рукописи, оформленные в соответствии*

*с прилагаемыми правилами, просим направлять*

*по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,*

*Главный учебный корпус ТМА,*

*4-й этаж, комната 444.*

*Контактный телефон: 214 90 64*

*e-mail: rio-tma@mail.ru*

*rio@tma.uz*

*Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.*

*Гарнитура «Cambria».*

*Тираж 150.*

*Цена договорная.*

*Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.*

*100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.*

*Вестник ТМА №2, 2024*  
**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор**

проф. А.К. Шадманов

**Заместитель главного редактора**

проф. О.Р.Тешаев

**Ответственный секретарь**

проф. Ф.Х.Иноятова

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ**

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

**Члены редакционного совета**

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

---

*Herald TMA №2, 2024*

**EDITORIAL BOARD**

**Editor in chief**

prof. A.K. Shadmanov

**Deputy Chief Editor**

prof. O.R. Teshayev

**Responsible secretary**

prof. F.Kh. Inoyatova

**EDITORIAL TEAM**

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D. prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

**EDITORIAL COUNCIL**

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagizatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent  
Medical Academy editorial department*

*Editorial board of Tashkent Medical Academy*

*Head of the department: M.N. Aslonov*

*Russian language editor: O.A. Kozlova*

*Uzbek language editor: M.G. Fayzieva*

*English language editor: A.X. Juraev*

*Corrector: Z.T. Alyusheva*

*Organizer: Tashkent Medical Academy*

*Publication registered in editorial and information  
department of Tashkent city*

*Registered certificate 02-00128*

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of  
December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.  
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,  
444-xona.*

*Contact number: 71- 214 90 64*

*e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz*

*Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.*

*Listening means «Cambria».*

*Circulation 150.*

*Negotiable price*

*Printed in TMA editorial and publisher department risograph*

*2 Farobiy street, Tashkent, 100109.*

Эргашов А.Т., Иноятова Ф.Х., Тожимуродов Х.А. ТАБАКОКУРЕНИЕ КАК НЕГАТИВНЫЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА	Ergashov A.T., Inoyatova F.Kh., Tozhimurodov H.A. TOBACCO SMOKING AS A NEGATIVE FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF INTERSTITIAL PULMONARY FIBROSIS	89
<b>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА</b>	<b>EXPERIMENTAL MEDICINE</b>	
Абдуллаев М.М., Дубровченко А., Лобай М.В., Асилова С.У., Арипходжаев Ф.З. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА И ЖИРОВОЙ ТКАНИ	Abdullaev M.M., Dubrovchenko A., Lobay M.V., Asilova S.U., Ariphodzhaev F.Z. COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF MULTIPOTENT MESENCHYMAL STROMAL CELLS OF BONE MARROW AND ADIPOSE TISSUE	92
Миртолипова М.А., Азизова Ф.Х. МОРФОГЕНЕЗ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОТОМСТВА, ПОЛУЧЕННОГО ОТ САМОК КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ	Mirtolipova M.A., Azizova F.Kh. MORPHOGENESIS OF MESENTERIC LYMPH NODES OF OFFSPRING OBTAINED FROM FEMALE RATS WITH EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM	103
Нишанов М.Ф., Садилов Р.А., Набиев И.М., Абдурахмадов А.А. АНТИПАРАЗИТАРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ЭХИНОКОККОВУЮ НАТИВНУЮ ЖИДКОСТЬ (ПРОТОСКОЛЕКСЫ) (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА)	Nishanov M.F., Sadikov R.A., Nabiev I.M., Abdurakhmadov A.A. ANTIPARASITIC EFFECTIVENESS WHEN INFLUENCED ON ECHINOCOCCAL NATIVE FLUID (PROTOSCOLEXES) (EXPERIMENTAL MORPHOLOGICAL ASSESSMENT)	107
Оқбоев З.Б., Исроилов Р.И. ЮЗ-ЖАФ СОҶА ТЕРИСИ ЭПИДЕРМИС ВА ДЕРМА ТЎЛИҚ ШИКАСТЛАНГАН ЯРАДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРГА ГЕМОБЕН КУКУНИНИ ТАЪСИРИ	Okboev Z.B., Isroilov R.I. THE EFFECT OF HEMOBEN POWDER ON MORPHOLOGICAL CHANGES IN OPEN WOUNDS OF THE MAXILLOFACIAL AREA	113
Tadjiyeva H.S., Oyidinov M.X., Abdulxaev T.D. NH <sub>4</sub> ZSM-5 SEOLITIDA CH <sub>3</sub> SH MOLEKULALARI ADSORBSIYASINING MIKROKALORIMETRIK TANLILI	Tadzhieva Kh.S., Oidinov M.Kh., Abdulkhaev T.D. MICROCALORIMETRIC ANALYSIS OF ADSORPTION OF CH <sub>3</sub> SH MOLECULES IN NH <sub>4</sub> ZSM-5 ZEOLITE	118
Утепова Н.Б., Азизова Ф.Х. СТАНОВЛЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ДИНАМИКЕ РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ПЕСТИЦИДАМИ ЧЕРЕЗ ОРГАНИЗМ МАТЕРИ	Utepova N.B., Azizova F.Kh. FORMATION OF MESENTERIC LYMPH NODES IN THE DYNAMICS OF EARLY POSTNATAL ONTOGENESIS UNDER CHRONIC EXPOSURE TO PESTICIDES THROUGH THE MOTHER'S BODY	123
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	<b>CLINICAL MEDICINE</b>	
Алимов И.Р., Хамрокулов Б.Б., Казаков Ш.Ж., Бобоев Б.А. ЭТАП ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ	Alimov I.R., Khamrokulov B.B., Kazakov Sh.Zh., Boboev B.A. STAGE OF SURGICAL TREATMENT OF METASTATIC SPINAL TUMORS USING RADIOFREQUENCY ABLATION	126
Gulamov O.M., Ruzimatov M.Kh., Mukhamedov B.Z., Tashkenbaev F.R., Yigitaliev S.Kh. CHOICE OF THE METHOD FOR OPTIMAL PROSTHETIC PLASTY OF COMPLEX AND GIANT VENTAL HERNIAS WITH INTRA-ADOMINAL PRESSURE INCLUDED	G'ulomov O.M., Ro'zimatov M.X., Muxamedov B.Z., Tashkenboyev F.R., Yigitaliev S.X. QORIN BO'SHLIG'I BOSIMINI HISOBGA OLGAN HOLDA MURAKKAB VA GIGANT VENTRAL CHURRALARNI OPTIMAL PROTEZLASH USULINI TANLASH	130
Жумаев А.Х. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ	Jumayev A.H. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH REMOVABLE ORTHOPEDIC PROSTHESES IN BUKHARA REGION	135
Ишанкулов О.А., Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Курбаниязов Б.З. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА	Ishankulov O.A., Kurbaniyazov Z.B., Zayniyev A.F., Kurbaniyazov B.Z. MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL CORRECTION OF BILIARY PANCREATITIS	140
Матмуратов К.Ж., Халикова О.М., Парманов С.А., Атаджанов Т.Ш. ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ	Matmuratov K.Zh., Khalikova O.M., Parmanov S.A., Atadzhanov T.Sh. POSSIBILITIES OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR NEUROTROPHIC ULCERS IN SPINAL PATIENTS	144

## ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Матмуратов К.Ж., Халикова О.М., Парманов С.А., Атаджанов Т.Ш.

## ORQA MIYA KASALLIKLARIDA NEYROTROFIK YARALAR UCHUN REKONSTRUKTIV PLASTIK JARROHLIK IMKONIYATLARI

Matmuratov K.J., Xoliqova O.M., Parmanov S.A., Atadjanov T.Sh.

## POSSIBILITIES OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY FOR NEUROTROPHIC ULCERS IN SPINAL PATIENTS

Matmuratov K.Zh., Khalikova O.M., Parmanov S.A., Atadzhanov T.Sh.

Ташкентская медицинская академия

**Maqsad:** orqa miya bilan og'riqan bemorlarda gluteal mintaqaning neyrotrofik yaralarining klinik kechish xususiyatlarini o'rganish va plastik jarrohlikni optimallashtirish. **Material va usullar:** gluteal mintaqalarning neyrotrofik yaralari bilan orqa miya shikastlanishidan keyingi 8 bemorni statsionar davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlar 2020-2023-yillarda Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining qandli diabetning yiringli jarrohlik va jarrohlik asoratlari bo'limida davolangan bo'lsa, avval ularning barchasiga konservativ davo samarasiz bo'lgan. **Natijalar:** bemorlar har xil turdagi rekonstruktiv plastik operatsiyalarni o'tkazdilar, ular individual ravishda tanlandi. Bunday holda, yakuniy natijaga ta'sir qiluvchi barcha omillar hisobga olingan (birgalikda kechadigan kasalliklar, bemorning konstitutsiyasi, yara nuqsonining kattaligi va boshqalar). **Xulosa:** gluteal va sakral mintaqalarning neyrotrofik yaralari bo'lgan bemorlarda umurtqa jarrohlik strategiyasini individual tanlash operatsiyadan keyingi davrda ijobiy jarrohlik natijasining kalitidir.

**Kalit so'zlar:** orqa miya shikastlanishidan keyingi shikastlanishlar, neyrotrofik yaralar, rekonstruktiv plastik jarrohlik.

**Objective:** To study the features of the clinical course of neurotrophic ulcers of the gluteal region in spinal patients and optimize plastic surgery. **Material and methods:** The results of inpatient treatment of 8 patients with post-traumatic lesions of the spinal cord with neurotrophic ulcers of the gluteal regions were analyzed. The patients were treated in the department of purulent surgery and surgical complications of diabetes mellitus at the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy in 2020-2023; previously, all of them had received unsuccessful conservative treatment. **Results:** Patients underwent various types of reconstructive plastic surgeries, which were selected individually. In this case, all factors influencing the final result were taken into account (concomitant diseases, the patient's constitution, the size of the wound defect, etc.). **Conclusions:** Individual choice of surgical strategy in spinal patients with neurotrophic ulcers of the gluteal and sacral regions is the key to a favorable surgical result in the immediate postoperative period.

**Key words:** post-traumatic lesions of the spinal cord, neurotrophic ulcers, reconstructive plastic surgery.

Повреждения спинного мозга более чем у 70-90% пациентов осложняются пролежнями, которые обусловлены грубыми расстройствами иннервации мягких тканей, тяжелым нейроциркуляторным процессом и практически полным отсутствием системы их профилактики. Присоединение инфекции и других неблагоприятных факторов приводит к нарушению иммунного статуса пострадавших и способствует появлению гнойных ран [3]. Основной причиной летальных исходов у данной категории больных являются пролежни и уроинфекции [4].

Во многих работах последних лет, касающихся спинальных больных, пролежни определяются как нейротрофические нарушения, обусловленные травмой спинного мозга. Этим подчеркивается отсутствие иннервации в зоне поражения, низкая резистентность тканей и их слабая способность к репаративной регенерации [2].

Независимо от причины в основе патогенеза пролежней лежат нарушения трофики и защитных свойств кожи, развивающиеся вследствие ткане-

вой гипоксии. Пролежни обычно развиваются в тех местах, где ткани испытывают интенсивное и продолжительное давление, особенно в области подкожных костных выступов. В лежачем положении у человека наибольшее давление – 40-60 мм рт. ст. испытывают области крестца, ягодиц, пяток и затылка. Согласно результатам экспериментальных исследований, имевших целью количественную оценку сдавливающего действия внешних факторов, установлено, что непрерывное давление 70 мм рт. ст. в течение 2 часов вызывает необратимые изменения в тканях. В то же время при прекращении давления каждые 5 минут в тканях возникают минимальные изменения без каких-либо последствий [1].

Лечению пролежней посвящено большое количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. По данным большинства из них, консервативные методы лечения пролежней все чаще признаются несостоятельными из-за продолжительности и малой эффективности. Во многих работах, посвященных оперативному лечению пролежней, авторы приводят разноречивые данные о примене-

нии различных пластических методик для закрытия пролежневых дефектов разных областей [5].

В современной литературе большое внимание уделяется профилактике нейротрофических язв; разработаны шкалы оценки риска, определены регламент и правила мероприятий по уходу. Однако частота развития нейротрофических язв в стационарных по-прежнему высока (до 75-80%) [6]. Пролежни плохо поддаются лечению, нередко ухудшаются или рецидивируют, чем значительно ограничивают и замедляют реабилитационные мероприятия, увеличивают сроки пребывания пациента в стационаре, способствуют развитию септических осложнений.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости выбора оптимальных тактик хирургических и консервативных лечений при нейротрофических язвах у больных с поражением спинного мозга, учета локализации нейротрофических язв, которые могли бы непосредственно воздействовать на продолжительность реабилитации раневого дефекта.

#### **Цель исследования**

Изучение особенностей клинического течения нейротрофических язв ягодичной области у спинальных больных и оптимизация пластических операций.

#### **Материал и методы**

Были проанализированы результаты стационарного лечения 8 больных с посттравматическими поражениями спинного мозга с нейротрофическими язвами ягодичных областей. Больные находились на лечении в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2020-2023 гг., ранее все они получили безуспешное консервативное лечение.

Всем больным при поступлении в клинику проводились общеклинические и инструментальные (рентгенологическое) исследования для исключения остеомиелита. Наряду с антибактериальной терапией, пациенты получали инфузионную терапию. Мужчин было 5 (62,5%), женщин – 3 (37,5%). В основном это были лица от 20 до 40 лет. Нейротрофические язвы, размеры которых колебались от нескольких сантиметров до 10-15 см в диаметре, имели вид хронической кожной язвы с грубыми ороговелыми краями, покрытыми грануляциями. У 6 (75%) пациентов они локализовались в ягодичной области, у 2 (25%) – в области крестца. У всех больных пролежни не сопровождалась остеомиелитическим поражением подлежащей кости. Практически у всех больных были нижняя параплегия с отсутствием всех видов чувствительности по проводниковому типу.

Оперативное вмешательство выполняли после предоперационной подготовки, которая включала рациональную антибиотикотерапию после бактериологического исследования микрофлоры пролежня и определения ее чувствительности к антибиотикам, восстановление электролитного, водного и бел-

кового баланса организма, детоксикацию и санацию пролежня (этапные некрэктомии, перевязки с ферментами и антисептиками). Основными критериями готовности пролежня к операции были наличие грануляций по всей поверхности, отсутствие некротических тканей и признаков раневой интоксикации. При больших размерах пролежней в ягодичной области применяли пластику перемещенным кожно-мышечным лоскутом. При небольших размерах пролежня использовали иссечение его с последующей пластикой раневой поверхности окружающими тканями.

#### **Результаты и обсуждение**

Пациентам выполнены различные виды реконструктивно-пластических операций, которые выполнялись индивидуально. При этом учитывались все факторы, влияющие на конечный результат (сопутствующие заболевания, конституция пациента, размеры раневого дефекта и т.д.).

4 пациентам из-за обширности раневого дефекта проведена «молоткообразная пластика». Одному больному с глубоким расположением свищевого отверстия пришлось выполнить иссечение свища до дна и пластику местными тканями. У 3 больных при локализации дефекта в нижнем квадранте ягодичи, ближе к ягодично-бедренной складке, произведена миопластика с помощью изящной мышцы бедра из-за дефицита местных тканей и для профилактики рецидива трофической язвы.

У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Это обусловлено применяемой нами методикой, которая заключается в иссечении ороговелых краев пролежня, тщательном гемостазе и перемещении кожно-мышечного лоскута на широкой сосудистой ножке с учетом сосудистой архитектоники. Благодаря этому удавалось закрывать пролежни хорошо кровоснабжаемыми тканями без натяжения.

#### **Клиническое наблюдение**

Больной Н.А., 1989 г.р., и/б №13558/1964. В мае 2020 г. во время строительных работ, упав с высоты 6 м, получил перелом тела позвонка L1, вследствие чего сразу отнялись ноги. В августе 2020 г. перенёс операцию на позвоночнике с помещением металлоконструкций. В 2021 г. проведена повторная операция для удаления металлоконструкций с позвоночника. После перенесенных операций положительной неврологической симптоматики не отмечалось. В июле 2023 г. появились пролежни в левой ягодичной области, лечился в стационарных и амбулаторных условиях по месту жительства. В связи с незаживлением нейротрофической язвы госпитализирован в отделение гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Поступил с жалобами на общую слабость, наличие пролежней в левой ягодичной области, отсутствие движений и чувствительности в нижних конечностях (рис. 1).



**Рис. 1.** Пролежень в левой ягодичной области при поступлении.

Неврологический статус: спастический парез нижних конечностей, анестезия по проводниковому типу с уровня L1. Локальный статус: в левой ягодичной области – пролежень 6,0x3,0 см, покрыт вялыми бледно-розовыми грануляциями, с серозным отделяемым. Диагноз: глубокий пролежень левой ягодичной области. Поздний восстановительный период после компрессионного перелома L1 (2020 г.) Нарушение чувствительности по проводниковому типу с уровня L1 с двух сторон. Дисфункция тазовых органов.

Анализы крови: Нв – 120 г/л, эр. –  $4,2 \times 10^{12}$ , л. –  $9,3 \times 10^9$ , СОЭ – 17, сахар крови – 4,5 ммоль/л. Мочевина – 5,2 мкмоль/л, креатинин – 69,0 мкмоль/л. Время свертывания крови: начало 3:00, окончание 3:30.

Больному произведена операция: иссечение раневого дефекта в левой ягодичной области и реконструктивно-пластическая операция места трофической язвы с местными тканями (рис. 2).



**Рис. 2.** Иссечение и пластика нейротрофической язвы.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной на 4-е сутки выписан на амбулаторное лечение, принимал антибактериальные препараты в течение 14 дней. Место раны с первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки (рис. 3).

#### Обсуждение

Течение раневых дефектов на фоне нарушения нейротрофики мягких тканей имеет свои особенности, главная из которых – быстрое углубление процесса и образование внутренней оболочки или грануляционной ткани, которые приводят к хронизации раневого процесса. У пациентов с нарушениями чувствительности появление внутреннего воспалительного валика является первичным субстратом нейротрофических язв. В таких случаях требуются индивидуальная хирургическая тактика

и стратегия консервативного лечения. У наших пациентов в ближайшие сроки до 3-х месяцев рецидивов не наблюдалось.

Главной задачей оперирующего хирурга таких пациентов является профилактика рецидивов. К сожалению, в большинстве случаев на практике наблюдается рецидивное появление нейротрофической язвы в оперированной зоне. Немаловажную роль в достижении благоприятного хирургического результата играет этиологический фактор, а также знание всех особенностей течения нейротрофических ран у спинальных больных. Опираясь на результаты анализа неудовлетворительных результатов, при выборе способа реконструктивно-пластических операций мы учитывали локализацию раневого дефекта.



*Рис. 3. Послеоперационный период – заживление раны первичным натяжением.*

#### **Выводы**

1. Индивидуальный выбор хирургической стратегии у спинальных больных с нейротрофической язвой ягодичной и крестцовой областей является залогом благоприятного хирургического результата в ближайшем послеоперационном периоде.

2. Для профилактики гнойных осложнений и увеличения размеров раневого дефекта у пациентов с нейротрофической язвой на фоне посттравматического повреждения спинного мозга следует выполнять вторичные реконструктивно-пластические операции.

3. Разработка критериев прогнозирования развития нейротрофических язв в крестцовой и ягодичных областях требует дальнейших современных исследований с целью улучшения качества жизни пациентов с посттравматическими повреждениями спинного мозга.

#### **Литература**

1. Ахтямова Н.Е. Лечение пролежней у малоподвижных пациентов // Рус. мед. журн. – 2015. – №3.
2. Басков А.В. Хирургическое лечение пролежней у больных со спинномозговой травмой // Вопр. нейрохир. им. Бурденко. – 2000.
3. Безводицкая А.А., Нехаев А.Н., Русаков А.А. Оперативное лечение нейротрофических пролежней у пациентов с травматической болезнью спинного мозга // Хирургия. Восточная Европа. – 2012.

4. Кравцов Д.В. Хирургическое лечение хронических нейротрофических язв области таза и вертельных областей перемещенными кровоснабжаемыми лоскутами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.

5. Парай А.Е., Бутырский А.Г., Старосек В.Н. Пластические операции при пролежнях различной локализации у спинальных больных // Вестн. неотложной и восст. хир. – 2016.

6. Kottner J, Dassen T. Pressure ulcer risk assessment in critical care: Interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterlow scales and subjective ratings in two intensive care units // Int. J. Nurs. Stud. – 2010.

### **ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**

Матмуратов К.Ж., Халикова О.М., Парманов С.А., Атаджанов Т.Ш.

*Цель:* изучение особенностей клинического течения нейротрофических язв ягодичной области у спинальных больных и оптимизация пластических операций.

*Материал и методы:* проанализированы результаты стационарного лечения 8 больных с посттравматическими поражениями спинного мозга с нейротрофическими язвами ягодичных областей. Больные находились на лечении в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2020-2023 гг., ранее все они получили безуспешное консервативное лечение. *Результаты:* пациентам выполнены различные виды реконструктивно-пластических операций, которые выбирали индивидуально. При этом учитывались все факторы, влияющие на конечный результат (сопутствующие заболевания, конституция пациента, размеры раневого дефекта и т.д.). *Выводы:* индивидуальный выбор хирургической стратегии у спинальных больных с нейротрофической язвой ягодичной и крестцовой областей является залогом благоприятного хирургического результата в ближайшем послеоперационном периоде.

*Ключевые слова:* посттравматические поражения спинного мозга, нейротрофические язвы, реконструктивно-пластические операции.