

CHIRURGICKÉ LÉČENÍ DEKUBITÁLNÍCH VŘEDŮ U PARAPLEGIKŮ

V. RIEBELOVÁ,

Klinika plastické chirurgie lékařské fakulty UJEP v Brně

(Přednosta prof. MUDr. Vojtěch Kubáček, CSc.)

Střelná poranění páteře s následnými paraplegiemi jsou poměrně častými válečnými poraněními. Dekubitální vředy jsou zde pravidelným průvodním zjevem, který velmi nepříznivě ovlivňuje léčení čerstvých paraplegiků a stojí na prvním místě v příčinách jejich smrti. Proto se již koncem minulé světové války vojenští chirurgové velmi intenzívně zabývali tímto problémem a vypracovali chirurgickou léčbu, v níž dosáhli pozoruhodně příznivých trvalých výsledků. Metodika se rychle ujala a je některými chirurgy považována za jeden z největších pokroků moderní chirurgie.

Před 13 roky začali touto metodou operovat chronické dekubitální vředy u paraplegiků na klinice plastické chirurgie v Brně. Příznivé výsledky uváděné v literatuře se plně potvrdily. Metodiku se však zatím nepodařilo pro nedostatečnou kapacitu plastických chirurgií u nás plně uplatnit.

Na vzniku dekubitálních vředů — tlakových vředů — se zúčastňuje několik faktorů. Nejdůležitější jsou intenzita tlaku na jednotku tělesné plochy a doba, po kterou je tkáň tlaku vystavena. Vedlejšími činiteli jsou odolnost tkáně na tlak a vliv zevního prostředí.

Za normálních okolností závisí intenzita tlaku na váze těla, což je veličina kolísající jen v malém rozmezí. I časový faktor má své limity dané běžným životním rytmem. Pro tuto situaci má tělo přiměřenou odolnost na tlak a je schopné se vyrovnávat i s různými nepříznivými zevními vlivy.

Při onemocnění se především mění časový faktor — některé tkáně jsou vystaveny tlaku neobvykle dlouho. Přestoupí-li doba tzv. prahové hodnoty, dochází vlivem zástavy cirkulace v postižené oblasti k nekróze tkáně.

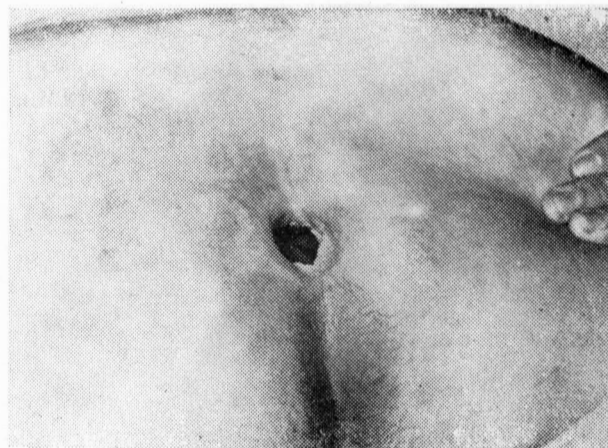
Snížená odolnost tkáně na tlak je rámcový pojem pro mnoho patologických stavů tkáně, které mohou být vyvolány např. hypoxií, hypoproteinémií, metabolickými poruchami, bakteriálními i jinými toxiny a ztrátou nervového řízení.

Nepříznivé zevní podmínky v podobě kontuzí, oděrek, tření, macerace apod. dále usnadňují vznik tlakových vředů.

Zvláštní postavení mají tlakové vředy v krajinách zbavených vlivu vyšších nervových center, jak je tomu u para- a kvadruplegiků.

Dnes se podle Beneše obecně uznává, že nebyly nalezeny speciální trofické nervy, ale že nervový systém svou řídicí funkcí vyko-

nává nepřímý trofický vliv na tkáň přes regulace vegetativní, metabolické a humorální. Z toho vyplývá, že tkáň zbavená nervového řízení má skutečně změněnou odolnost na tlak a že tlakové změny se zde objevují za kratší dobu než u normální tkáň, ale nikoli spontánně a bez nadprahového vlivu tlaku. Kvalita této odolnosti není neměnná. V počátečních stádiích nervového poškození je snížena na minimum a vřed může vzniknout i za necelou hodinu. Později se pomalu začínají obnovovat vegetativní funkce a tendence k tlakovým vředům se pozvolna snižuje, až se nakonec ustálí na prahové hodnotě asi 4 hodin. Jsou zde však značné individuální rozdíly ve smyslu plus i minus. I v průběhu dalšího života stačí ke zhoršení odolnosti na tlak interkurentní choroba, septický stav, nadměrný abusus alkoholu, analgetik, apod.

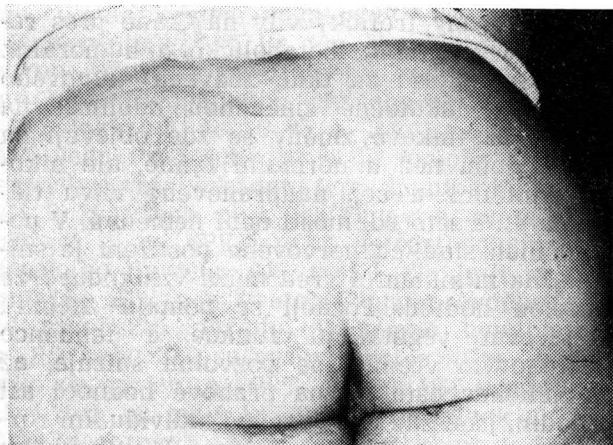


Obr. 1. Chronický sakrální dekubitální vřed u 37leté paraplegičky. Trvání vředu 4 roky. Malý vstupní otvor do rozsáhlé dutiny nad celou sakrální kostí

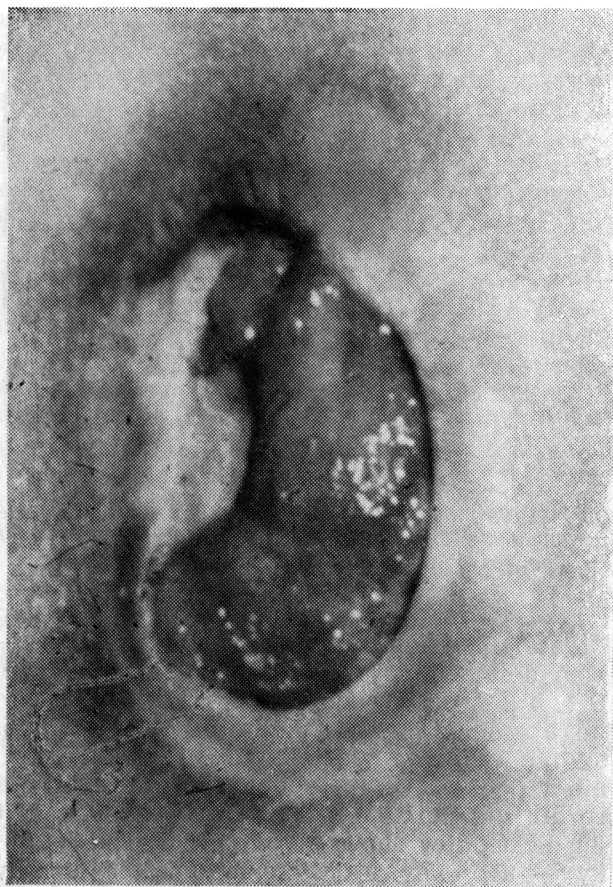
Patologické změny ve tkáních vyvolané tlakem dělíme tak jako u popálenin na stupně. U 1. a 2. stupně je kůže poškozena jen částečně a změny jsou reverzibilní. U 3., 4. a 5. stupně je nejen zničena celá tloušťka kůže, ale i podkoží, svaly a obnažují se kosti. Na rozdíl od popálenin, poškození nemusí mít jen dostředivý směr — od povrchu do hloubky — ale naopak často postupuje z hloubky na povrch, protože tuková vrstva podléhá tlaku snáze než kůže. Tlakové rány 4. a 5. stupně přecházejí zpravidla do chronického stadia, vyvolávají u nemocného exacerbace septických stavů, jsou vlastní příčinou nemocnosti

paraplegiků a jejich celkového chátrání. Zne-
možňují jim začlenění do práce.

Pokud jde o lokalizaci těchto afekcí, pak
vznikají všude tam, kde jsou kostní promi-
nence, na nichž je váha těla soustředěna.
Prognosticky nejzávažnější vředy leží v ob-
lasti pánevní — nad křížovou kostí, nad obě-
ma trochantery a nad oběma hrboly sedacích



Obr. 2. Stav po radikálním odstranění vředového vaku
a místním posunu u téže pacientky. 7 roků bez recidivy



Obr. 3. Chronický levostranný trochanterický tlakový
vřed u 20letého paraplegika. Trvání vředu 1 rok. Defekt
měkkých částí nad celým velkým trochanterem. Spodinu
vředu tvoří velký trochanter obrostlý granulační tkání

kostí. V 50 % jsou provázeny osteomyelitida-
mi kostních výběžků, nad kterými vznikly.

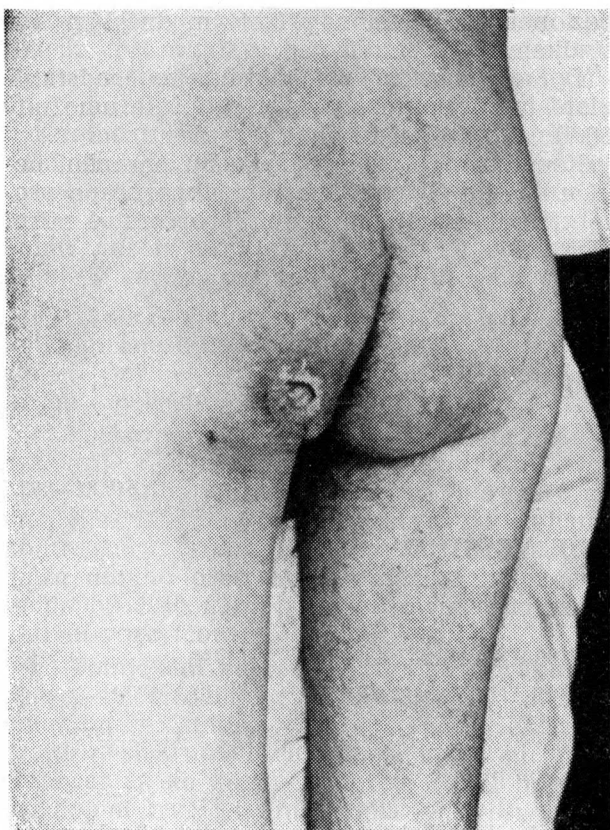
Na podkladě těchto patologicko-anatomic-
kých poznatků byly vypracovány operační po-
stupy, které mají v krátké době definitivně
dekubity odstranit. Jsou v zásadě pro všechny
typy dekubitů stejné:

1. radikální excize vředu (vaku) a jizev okolí;
2. odstranění kostních prominencí (trny, ro-
hy, spiny, trochantery, sedací kosti) ve
zdravé části kosti;
3. vyplnění dutin po kostní resekci přesunem
svalu;
4. krytí kožního defektu místními rotačními
laloky;
5. uzávěr sekundárního defektu podle dané
místní situace suturou, místním posunem,
štěpem.

Jsou to operace dosti náročné, trvají ko-
lem dvou hodin a průměrná ztráta krve bývá
asi 1 l. Předpokladem, aby mohl takovou ope-
raci paraplegik podstoupit, je příznivý stav
srdce a plic, normální hladiny krevního obra-
zu a krevních bílkovin, volné močové cesty,
zbytkový dusík v mezích normálu a chabá pa-
raplegie.



Obr. 4. Stav po odstranění vředu, velkého trochanteru
a místním posunu u téhož pacienta. 10 roků bez recidivy



Obr. 5. Chronický levostranný ischiální dekubitus u 37letého paraplegika. Trvání vředu 12 roků. Malý vstupní otvor do dutiny kolem hrbolu sedací kosti

V pooperační době je bezpodmínečně nutné udržet krevní obraz a bílkovinné hodnoty na normálu, aby se nezhoršila hojivost. Imobilizace operované krajiny se dosahuje uložením postiženého na otočné lůžko. Ke zdárnému hojení je dále velmi důležité poměrně dlouhodobé odsávání z ran, protože vlivem vegetativních poruch a ztráty svalového tonu je prodlouženo kapilární krvácení, a to podmiňuje vznik hematomů. Ty, i když konečný výsledek neohroží, mohou velmi prodloužit ošetrovací dobu.

Klinika plastické chirurgie v Brně zatím odoperovala 62 dekubity u 32 paraplegiků a dvou pacientů bez nervové léze s příznivým trvalým výsledkem v 84 %. V 16 % neúspěchů jsou zahrnuty i neúspěchy v důsledku chyb z prvních dob zavádění této operační metodiky.

Dobré operační výsledky měly kladný ohlas i v sociálním postavení operovaných pacientů. Část se jich vrátila opět do zaměstnání (řidiči, domácí dělníci, úředníci, apod.). Velkou překážkou k dosažení lepšího procenta jejich zaměstnanosti je negativní postoj jak zdravotníků, tak sociálních pracovníků, kteří jsou skálopevně přesvědčeni, že tito lidé jsou neodvratelně vyřazeni ze života a že musí být vděční za to, že jim stát dává důchod.

K našemu článku připojujeme fotografie

jednotlivých typů dekubitů a jejich pozdních operačních výsledků.

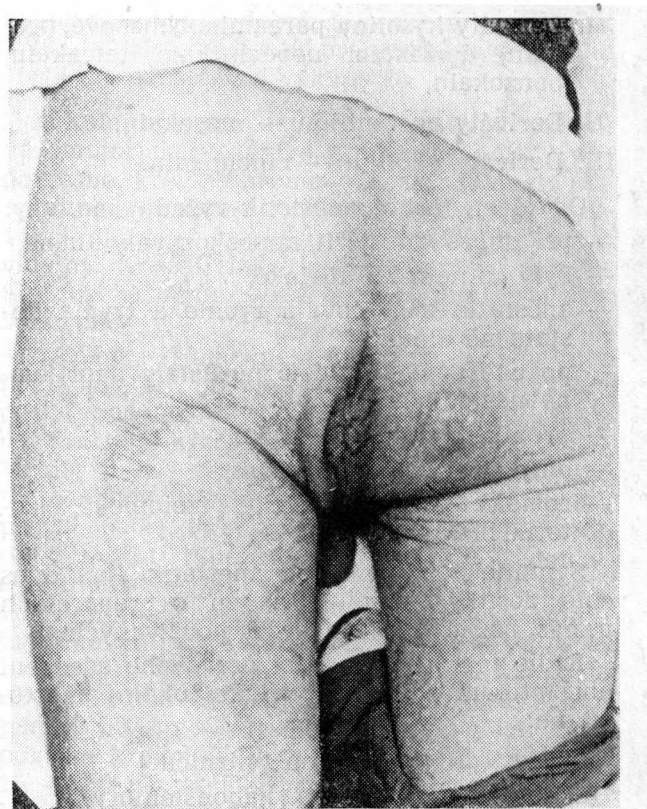
Závěr

O tomto tématu jsme se rozhodli referovat nejen proto, že má značný vojenský význam, ale proto, že jeho důležitost roste i v civilním životě vzhledem k rozvoji průmyslu a dopravy. Zatím je péče o paraplegiky u nás v úpadku. Kdysi zřízená centra nefungují, není postaráno o řádnou první pomoc, prvotní ošetření paraplegiků je většinou na hranici improvizace (na odděleních nejsou otočná lůžka, lékaři a střední zdravotnický personál nemají o problematice míšních lézí potřebné vědomosti a zkušenosti), ani rehabilitační a reedukační péče není dostatečně podporována a rozvíjena, takže pacienti jsou ponecháváni svému osudu a jejich zařazování do pracovního procesu se kladou všude překážky.

Bylo by vhodné proto znovu zřídit vojenské spinální centrum a spinální centra pro civilní obyvatelstvo pro čerstvá poranění míšní. Jedině tak bude možno poskytnout postiženým léčbu, ošetření i reedukaci na vysoké odborné úrovni s komplexním strategickým plánem tak, aby mohli být do jednoho roku až roku a půl zařazeni do vhodné práce.

Souhrn

Na klinice plastické chirurgie v Brně před 13 roky započali s chirurgickou léčbou chronických dekubitálních vředů u paraplegiků.



Obr. 6. Stav po odstranění vředové dutiny sedací kosti a místním posunu u téhož pacienta. 10 roků bez recidivy

V první části je ve zkratce probrána etiologie a patologická anatomie dekubitálních vředů. Dále je popsán chirurgický způsob léčby, který spočívá v exstirpaci vředu, ve snesení kostní prominence, nad kterou vznikl, a v překrytí defektu měkkých tkání místním posunem.

Na klinice odoperovali celkem 62 tlakových vředů u 32 paraplegiků a dvou pacientů

bez nervové léze s příznivým trvalým výsledkem v 84 %.

Dobré operační výsledky nejen podstatně zlepšily zdravotní stav pacientů, ale umožnily 60 % zařadit se do vhodné práce.

Konstatováno, že péče o míšní poranění není u nás na žádoucí úrovni a doporučeno proto zřízení spinálních center pro čerstvé míšní léze.