

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-514-3-3>

**PROBLEMS OF SURGICAL STRATEGY IN BEDSORES  
MANAGEMENT AND THEIR PURULENT-NECROTIC  
COMPLICATIONS, AUTHOR'S VIEWS**

**ПРОБЛЕМИ ХІРУРГІЧНОЇ СТРАТЕГІЇ У ЛІКУВАННІ  
ПРОЛЕЖНІВ ТА ЇХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ,  
АВТОРСЬКІ ПОГЛЯДИ**

**Vergun A. R.**

*Doctor of Medical Sciences,  
Associate Professor at the Family  
Medicine Department  
Danylo Halytsky Lviv National Medical  
University  
Lviv, Ukraine*

**Вергун А. Р.**

*доктор медичних наук,  
доцент кафедри сімейної медицини  
Львівський національний медичний  
університет Данила Галицького  
м. Львів, Україна*

**Matsiakh Yu. M.**

*Student of the 6th year at the Medical  
Faculty No. 2,  
Head of the Student Agency for  
Improving the Quality of Education  
Danylo Halytsky Lviv National Medical  
University  
Lviv, Ukraine*

**Мацяк Ю. М.**

*студент 6 курсу медичного  
факультету № 2,  
Голова студентської агенції співдії  
якості освіти  
Львівський національний медичний  
університет Данила Галицького  
м. Львів, Україна*

**Yurchuk K. O.**

*Student of the 3th year at the Medical  
Faculty No. 2,  
Danylo Halytsky Lviv National Medical  
University  
Lviv, Ukraine*

**Юрчук К. О.**

*студентка 3 курсу медичного  
факультету № 2  
Львівський національний медичний  
університет Данила Галицького  
м. Львів, Україна*

**Вступ.** Утворенню пролежнів сприяє наявність атрофії та порушення інервації тканин внаслідок основного захворювання; локальні розлади мікроциркуляції; порушення обміну речовин. До сьогоднішнього дня і до моменту написання галузевого стандарту широка медична громадськість не має вітчизняних статистичних даних (або доступу до них, якщо такі існують) за поширеністю пролежнів і сукупних економічних втратах, пов'язаних з ними. Тому ми в основному змушені звертатися до міжнародного досвіду. До теперішнього часу відсутні достовірні критерії підготовленості пролежня до операції, не відпрацьовані показання і протипоказання до пластичних

методів хірургічного лікування тривало існуючих пролежнів. Відомо безліч класифікацій пролежнів як окремих авторів, так і прийнятих на великих медичних форумах. Для профілактики некротичних ускладнень тезу про ранню активізацію пацієнтів слід розглядати як одну з базисних. Сидіти в ліжку, ставити на ноги і дозволяти ходити (спочатку по палаті) слід якомога раніше, узгодивши з основною і супутньою патологією, об'ємом хірургічного втручання, віком. Ускладнення пролежнів м'яких тканин, зокрема III і IV стадій, останнім часом стали частішими, що детермінується також соціальними причинами: збільшення соціально незахищених верств населення, військовими діями, що зокрема призвели до еміграції та зниження рівня догляду на паліативними хворими на дому. Використання протипролежневих матраців та ортопедичних пристроїв для елімінації "хронічного" постійного тиску на тканини в ділянці пролежня зменшує вірогідність прогресування некробіозу у порівнянні з хворими, яким не використовують засоби локальної декомпресії. Наявні спеціальні шкали, застосовуючи які можна передбачити ризик ускладнень та вчасно цьому запобігти. Необхідний щоденний масаж в області місць можливого розвитку пролежнів, а також уздовж хребта з метою місцевого і загального поліпшення кровообігу та нервової регуляції тканин. Всі інфіковані, некротизовані і рубцеві ділянки тканин в ділянці пролежня повинні бути висічені. Під час некретомії також видаляють клітини у стані некро- та парабіозу внаслідок чого зменшується інтенсивність їх бактеріального обсіменіння.

**Мета роботи.** Охарактеризувати заходи вторинної профілактики та стратегії комплексного лікування пролежнів з позицій клінічного досвіду.

**Виклад матеріалу.** Згідно з міжнародною класифікацією хвороб, правильним терміном для визначення локальних розладів хронічного компресійного генезу є декубітальна виразка, що характеризується виразково-некротичним процесом, найважливішим пунктом цієї дефініції є саме хронічний тиск, не обов'язково від постелі. Наприклад, у хворих, що знаходяться у вимушеному положенні внаслідок контрактур, тиск може бути зумовлений власними частинами тіла, а в пацієнтів з ожирінням фартухоподібний живіт може детермінувати виникнення опрілостей і декубітальних виразок у паховій ділянці тощо. За багато років мало що змінилося в стані проблеми і в плані догляду, і з точки технічної оснащеності профілактики пролежнів. Комплексне застосування антисептичних препаратів з антибактеріальною терапією при поверхневих пролежнях дозволяє досягти стабілізації стану хворого, елімінації патологічного процесу і швидкого очищення

виразки (рис. 1), що супроводжується позитивною динамікою біохімічних показників.

Лікування пролежнів доцільно проводити згідно зі стратегіями. Для успішного загоєння необхідно покращити кровопостачання, іннервацію та оксигенацію тканин – застосовуються антикоагулянти, дезагреганти, судиннорозширюючі препарати. На сьогодні широко застосовуються гіпербарична оксигенація, ранова терапія негативним тиском; ультразвукова кавітація для механічного очищення від некротично-фібринозних нашарувань, лазеротерапія, ультрафіолетове опромінення ран; у наступній фазі – клітинна терапія. На жаль, в силу високої вартості частини з перелічених технічних засобів, комплексна стратегія DOMINATE є придатною до застосування лише у великих медичних закладах з відповідним рівнем технічного забезпечення. На основі даних літератури та власних спостережень модифіковано алгоритмічну патогенетично обґрунтовану стратегію щодо клінічного ведення пролежнів у паліативних хворих в контексті покращення догляду, вторинної профілактики та хірургічної корекції гнійних ускладнень та результатів лікування пролежнів III–IV стадій. На основі загальноприйнятої стратегії DOMINATE комплексного лікування хронічних гнійних ран нами попередньо створена та апробована стратегія NODITE, що патогенетично обґрунтована та адаптована для лікування пролежнів, – комплексне хірургічне лікування з адекватною послідовністю догляду, місцевої та системної терапії. N (Nutrition), – адекватне нутритивне забезпечення з достатнім вмістом амінокислот, вуглеводів, жирів. Також цей пункт стратегії передбачає застосування (за показами) парентерального харчування, анаболічних стероїдів. O (Offloading), – розвантаження, декомпресія. На цьому етапі відбувається зниження зовнішнього тиску на пролежень внаслідок застосування спеціальних засобів для догляду та ортопедичних пристроїв. Заходи D (Debridement) передбачають видалення нежитездатних тканин із рани при наявності колікваційного (вологого) некрозу чи обмежених (демаркованих) островців сухого некрозу, тобто некр-, секвестрнекретомію, планові санаційні ренекретомиї.

Окрім хірургічного висічення некротизованих тканин важливу роль грає боротьба з інфекцією. Всі без винятку пролежні інфіковані. Саме тому це є обов'язковим критерієм менеджменту декубітальних виразок як у міжнародній стратегії DOMINATE так і в нашій її модифікації NODITE є пункт I – (Infection) – боротьба з інфекцією. До T (Tissue management) відносимо також заходи механічного впливу, етапне видалення бактерійно-фібринозних нашарувань, що містять патогенні мікроорганізми, та дрібних ділянок некрозу; застосування сеансів лікувального ультразвукового впливу на рани, лазеротерапії, також

аутолітичної терапії, гелевих та абсорбційних пов'язок, яким притаманний осмотичний ефект. Важливим аспектом є пункт Е – (Education), – дослідження / спостереження за перебігом фаз ранового процесу з поетапною корекцією догляду та комплексного лікування. Набрякання м'яких тканин з проявами локального венозного чи лімфатичного стазу детермінує призначення лімфвенотоніків. Також необхідна корекція порушень кровообігу, нейропатії, коморбідної та фонові патології. Важливо зауважити, що відсутність грануляцій, ексудації з рани, почервоніння шкіри в ділянці рани, наявність нежиттєздатних некротизованих ділянок та їхорозного запаху (смороду) з рани потребує негайної консультації хірурга та свідчить про необхідність ургентних заходів для запобігання погіршенню стану хворого. У випадках, коли в пролежень залучена інфікована кістка, може бути проведена остеотомія та резекція. При остеотомії з приводу розповсюдження пролежня на кісткові структури максимально видаляють некротизовану кісткову тканину і тільки після заповнення дефекту грануляціями проводять пластичну операцію. Для боротьби з набряком застосовується L-лізін, серратіопептидаза, сечогінні та неймовірно важливий аспект – раціональне харчування, багате білком. Широко використовується місцева ензимотерапія у вигляді присипки трипсину, хімотрипсину, колагенази; проточно-промивне дронування. У хронічних гнійних ранах, включаючи пролежні, наявне значне мікробне обсіменіння, які у значній мірі пригнічують процес нормального загоєння. Констатовано, що бактерії, як аеробні так і анаеробні, продукують позаклітинну полімерну субстанцію, яка фіксується до поверхні пролежня у вигляді щільної плівки, що перешкоджає його загоєнню. Окрім бактерій у пролежневих виразках також виявляються мікотичні збудники. Сучасна антибіотикотерапія хронічних ран поділяється на місцеву та системну. Поєднання декількох методів видалення нежиттєздатних тканин та етапність їх застосування, адекватний догляд та терапія значно покращує механічне очищення та оптимізує рановий процес.