

**ВИБРАНІ ПИТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ
УСКЛАДНЕНИХ ДЕКУБІТАЛЬНИХ ВИРАЗОК
М'ЯКИХ ТКАНИН**

Вергун Андрій Романович

*доктор медичних наук,
доцент кафедри сімейної медицини,
старший інспектор наукового відділу,
лікар-хірург вищої категорії,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Мацях Юрій Михайлович

*студент 5 курсу медичного факультету № 2
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

Литвинчук Михайло Михайлович

*ординатор відділення паліативної допомоги
Комунальне некомерційне підприємство
“Львівське територіальне медичне об'єднання
“Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації
та паліативної допомоги”, ВП “4-а лікарня”
м. Львів, Україна*

Постановка проблеми. У ослаблених, нерухомих лежачих хворих, які займають пасивне положення в ліжку нерідко виникаєть локальні зміни дистрофічного і виразково-некротичного характеру, що детерміновані порушеннями трофіки шкірних покривів та глибоких тканин. Як відомо, для четвертої стадії пролежнів – декубітальних виразок (ДВ) характерне некротизування та абсцедування, можуть виникати гнійні запливи та/або конгломерати некрозів, які нерідко не дають можливості візуалізувати і повноцінно верифікувати реальну глибину ушкодження. У той же час, при зменшенні тривалості компресії або зовнішнього тиску на тканини в останніх виникають мінімальні парабіотичні зміни без будь-яких наслідків. Найбільш важливими факторами, що сприяють утворенню

ДВ є безперервний тиск, тertia, сили зсуву, патологічна вологість м'яких тканин, попадання на шкірні покриви фізіологічних виділень з подальшою мацерацією на фоні тривало існуючого вимушеного положення хворого та гіподинамії. Сучасні наукові дослідження спрямовані, на жаль, в основному на розробку нових методів лікування пролежневих виразок, які вже утворилися. Відсутня однозначна думка про критерії підготовленості пролежня (які впливають на результати операції) до хірургічного лікування, що остаточно детермінує тривалість перебування пацієнта в стаціонарі.

Найбільш важливим у профілактиці пролежнів та прогресування ДВ є виявлення ризику розвитку ускладнень. Можливе поширення процесу на прилеглі сполучнотканинні структури, виникнення контактного перихондриту, хондриту або (та) періоститу, остеомієліту. Необхідно враховувати фактори, які можуть суттєво впливати на ризик виникнення та прогресування ДВ, зокрема нутритивний стан (рівень гемоглобіну та альбуміну, харчування, масу тіла), кровообіг в тканинах (цукровий діабет, нестабільність гемодинаміки, низький артеріальний тиск погіршують мікроциркуляцію та оксигенацію), зволоження шкіри (сухість та надмірна вологість збільшують ризик пролежнів), загальний стан здоров'я та похилий вік, а також порушення чутливості та температуру тіла. Профілактика та лікування неускладнених та ускладнених ДВ є важливими питаннями паліативної допомоги, потребують ретельного вивчення, подальшого розпрацювання в контексті створення алгоритмів надання медичної допомоги. Пацієнти з неускладненими поверхневими ДВ не потребують хірургічного лікування, але наявність змін на шкірі має мобілізувати медичний персонал на профілактику прогресування процесу та виникнення гнійних ускладнень. Крім спеціальних заходів профілактики необхідне обов'язкове лікування супутніх синдромів, які сприяють формуванню ДВ різної локалізації (цукрового діабету, оклюзійних захворювання артерій), адекватне знеболювання і корекція водно-електролітного балансу.

Мета роботи. Дослідити можливості і оптимізувати комплексне лікування ускладнених декубітальних виразок (пролежнів) III–IV стадій з формуванням вторинних гнійних вогнищ.

Матеріал та методи. Загальну вибірку ретро- та проспективного аналізу становили результати комплексного лікування 412 пацієнтів, віком 40–93 років: 174 чоловіків та 238 жінок, які лікувалися стаціонарно за 10-річний період у відділенні паліативної допомоги комунальної 4 міської клінічної лікарні м. Львова; перебіг захворювання у яких характеризувався формуванням ДВ м'яких тканин. При ускладнених ДВ м'яких тканин III–IV стадії була проведена комплексна хірургічна санація і комплексне лікування згідно з протоколами. Оцінка безпечності

препаратів включала реєстрацію та аналіз побічних ефектів. Від усіх учасників одержано інформаційну згоду та вжиті всі заходи для забезпечення анонімності отриманих клінічних результатів, які були опрацьовані методами описової та варіаційної статистики з визначенням ступеня впливу досліджуваних засобів на швидкість кіркування та декубітальних виразок, математичного прогнозування за допомогою офісного стандартного пакету програмного забезпечення. У статистичних сукупностях визначалися прогнозовану частоту виявлення ускладнень і рецидивів у подібних вибірках (довірювальний інтервал 95 %) по методу інтерполяції з ціллю вивчення ефективності хірургічної тактики та прогнозування якості життя. Для вивчення ефективності кожної методики комплексного лікування використано ліцензійне забезпечення.

Результати дослідження. Адекватний догляд та лікування хворих з хронічними ранами та, зокрема, належками (пролежнями) є можливим лише при застосування комплексних стратегій та алгоритмів. Активно застосовується стратегія TIME (Tissue management), – некректомія, боротьба з проявами інфекції. Новим кроком у лікуванні хронічних гнійних ран є стратегія DOMINATE, яку можна вважати клінічним протоколом, застосування протипролежневих ортопедичних матраців та інших декомпресійних заходів. Правильний вибір адсорбуючої пов'язки дозволяє контролювати процес ексудації, запобігати розпаду нових колагенових структур, оптимізувати процес формування грануляцій і впливати на неоваскуляризацію у проліферативній фазі. Велике значення у курації пацієнтів з хронічними ранами має адекватне харчування. Для успішного загоєння необхідно покращити кровопостачання та забезпечити оксигенацію тканин, застосовуються дезагреганти, судинно розширюючі препарати. Проте дані стратегії не відповідають патогенезу пролежнів та необхідній послідовності застосування основних етапів комплексного лікування, щодо неускладнених та ускладнених належків м'яких тканин. На основі стратегії DOMINATE нами створено стратегію NODITE, патогенетично обґрунтовану та адаптовану для лікування пролежнів з адекватною реалізацією принципів догляду та терапії. Необхідно враховувати склад мікрофлори. Видалення нежитездатних тканин із рани при наявності коліквацийного (вологого) некрозу чи обмежених (демаркованих) сухого некрозу у рані зменшує кількість бактерій та інтенсивність їх росту, відповідно зменшує перифокальний запальний процес. Також включає розкриття та дренивання гнійних затьоків з прецизійною поетапною некр-, а при необхідності – секвестрнекректомією, заходи механічного впливу, етапне видалення бактерійно-фібринозних нашарувань, що містять патогенні мікроорганізми, та дрібних ділянок некрозу; застосування вологих і сухих пов'язок, сеансів лікувального ультразвукового впливу на рани, лазеротерапії, також

аутолітичної терапії, гелевих та абсорбційних пов'язок, яким притаманний осмотичний ефект. Широко використовується місцева ензимотерапія у вигляді присипки трипсину, хімотрипсину, колагенази; гіпербарична оксигенація, ранова терапія негативним тиском, аспіраційне дренивання, клітинна терапія тощо. Даній категорії пацієнтів призначаються також курси фізіотерапії. Показане застосування нестероїдної протизапальної терапії, системної ферментної терапії сераціопептидазою, лімфовенотоніків, судиннорозширювальних препаратів.

У 16% осіб з ускладненими ДВ констатовано локальну гіперемію, десквамацію епідермісу та мацерацію з формуванням гнійної рани, коагуляційні некрози – у 79%, коліквацийні з гнійними виділеннями – у 51% субвибірки та гнійними запливами у 15% пацієнтів. Відсутність грануляцій, ексудація з рани, почервоніння шкіри у ділянці ДВ були ознаками гнійного процесу – у всіх випадках коліквацийного некрозу та нагноєння було проведено хірургічну санацію, 42% хворих потребували проведення повторних ревізій та санацій, ренекректомії. При необхідності накладали контрапертури. Гнійні запливи дренивали гумовими випускниками, виповнювали гідрофільним лініментом та тампонами змоченими полівідоніодом. Основну рану виповнювали стерильними марлевими тампонами з гідрофільним лініментом. У післяопераційному періоді на фоні продовження комплексної системної терапії та корекції коморбідної патології порожнину щоденно промивали через контрапертури розчином антисептиків та здійснювали заміну тампонів з поєднанням антисептичних препаратів. Здійснювали адекватне дренивання основної рани та заплівів, місцеве застосування йодовмісних антисептиків та мазових пов'язок. Застосування не лише антибіотикотерапії, але також видалення некротів, адекватного дренивання і місцевого лікування призводило до суттєвого зменшення ознак гнійно-некротичного запалення та покращення швидкості загоєння ран від $3,4 \pm 0,39\%$ до $4,2 \pm 0,23\%$. Зміни, що виникають при цьому, є характерні для фази проліферації ранового процесу – загоєння зруйнованої матриці, регенерація клітин. При застосуванні мазових пов'язок гранулювання спостерігалось відповідно на $5,1 \pm 0,2$ при ДВ III та $6,4 \pm 0,1$ день при ДВ IV стадій. Спостерігали значне зменшення перифокального набряку та інфільтрації, прискорення очищення дна рани від некротичного детриту, адекватне гранулювання на 10–12 день від початку лікування запропонованим поєднанням антисептиків, появу ознак крайової епітелізації. При застосуванні стратегії NODITE нами встановлено повне загоєння ускладнених пролежнів у терміни 45–60 днів у половини хворих основної групи, тоді як у групах контролю цей показник становив лише 35,7%. Переміщення шкірних клаптів та автодермопластика є методами вибору при великому шкірному

дефекті, значних змінах навколишніх тканин і ураженні кісткових утворень.

Таким чином, успішна профілактика та лікування декубітальних виразок в умовах відділення паліативної допомоги є клінічно доцільними. Модифіковано послідовність DOMINATE з урахуванням клінічних особливостей пролежнів, створено патогенетично обґрунтовану та адаптовану для лікування оригінальну схему (стратегію NODITE) з адекватною послідовністю догляду та комплексної терапії. При неможливості одномоментного видалення некротичних мас з позицій Damage-контролю за загальним станом пацієнта, поширеності та вираженості запально-деструктивних змін або додаткового/повторного формування некрозів застосовували тактику повторних, програмованих ресанцій / ренекректомій.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-406-4-30>

UNIVERSITY CLINIC – AS A NECESSARY CONDITION FOR THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCES OF FUTURE DENTISTS

Gorb-Gavrylchenko Inna Viktorivna

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor at the Department of Therapeutic Dentistry
Dnipro State Medical University
Dnipro, Ukraine*

Studying at the Faculty of Dentistry requires the student to gain not only theoretical knowledge, but also the ability to work with his hands, communicate with the patient, and think clinically [1]. During classes, students receive an algorithm for the actions to be performed, the teacher monitors and, if necessary, corrects errors in the work. Practicing and monitoring practical skills during practical classes often takes place on phantoms. However, the use of phantoms in training, although effective, cannot completely replace the entire variety of situations encountered in the clinic. Many authors note that even propaedeutic skills among students are underdeveloped, and there is no need to even talk about such complex manipulations as working with periodontium [2].