

ПРОЛЕЖНІ ТА ЇХ УСКЛАДНЕННЯ: КОНТРОВЕРСІЇ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ НЕВДАЧ КОМПЛЕКСНОГО ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

Вергун Андрій Романович

доктор медичних наук, лікар-хірург вищої категорії,

почесний академік Академії прикладних наук,

доцент кафедри сімейної медицини

*Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»*

м. Львів, Україна

професор невідкладної медичної допомоги

факультету товарознавства, управління та сфери обслуговування

та базової загальновійськової підготовки

Львівський торговельно-економічний університет,

м. Львів, Україна

Кузовкіна Оксана Леонідівна

ординатор відділення паліативної допомоги

*Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне
медичне об'єднання № 2», відокремлений підрозділ «4-а лікарня»*

м. Львів, Україна

Вергун Оксана Михайлівна

кандидат медичних наук,

*доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології,
трансфузіології факультету післядипломної освіти*

*Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»*

м. Львів, Україна

Актуальність проблеми. Ускладнення пролежнів м'яких тканин останнім часом почастішали не лише внаслідок випадків клінічних девіацій, але й через збільшення прошарку соціально незахищених верств населення, військові дії, що зокрема призвели до масової еміграції та зниження рівня догляду на паліативними хворими на дому. Пролежень, тобто декубітальна виразка (ДВ), – хронічний гнійно-некротичний процес, який розвивається у ділянках постійно існуючої хронічної зовнішньої патологічної компресії, – найчастіше у виснажених лежачих хворих на тих ділянках тіла, які сприймають найбільший тиск постелі. Проте, як стверджує клінічний досвід, – не лише постелі, – тобто

це «класичне» визначення є дещо контroversійним. Клінічною та юридичною проблемою також є формування пріоритетів паліативної допомоги. Також грає роль відсутність відповідного матеріального забезпечення, протипролежневих матраців, потреба у яких стандартно становить 2/3–3/4 наявних ліжкомісць, проте реальні показники зазвичай є значно нижчими. Консультативна допомога існує з 2017 року для вирішення нагальних питань хворого в телефонному режимі та допомоги щодо усунення гострих симптомів. Недопрацювання на амбулаторному етапі часто детермінуються недостатнім інформуванням щодо особливостей догляду, профілактики ДВ та їх ускладнень. Стаціонарна допомога надається в паліативних і хірургічних відділеннях, скерування у які відбувається за наявності показів та вільних ліжкомісць. Одним з проблемних організаційних аспектів є своєчасна госпіталізація.

Мета роботи. Ґрунтовно дослідити, спираючись на медичний досвід, детермінанти невдач комплексного лікування та виникнення ускладнень ДВ III і IV стадій, а також вивчити найкращі методи догляду та комплексного лікування.

Основний зміст роботи. Ретро та проспективно, протягом десяти років ми проаналізували ефективність лікування 320 пацієнтів з серйозними гнійно-некротичними ускладненнями хронічного компресійного генезу. Ці хворі отримували паліативну допомогу у відділенні 4-ї міської лікарні Львова. До дослідження увійшли імобільні пацієнти, віком від 52 до 96 років – 208 жінок та 112 чоловіків. Середній вік чоловіків становив 72 роки, а жінок – 85 років. Важливо зазначити, що всім пацієнтам було надано спеціальні протипролежневі матраци та ортопедичні пристосування, а їхнє лікування суворо відповідало чинним медичним протоколам. Також ми ретельно вивчили вже опубліковані наукові праці по даній проблемі. Результати дослідження показали, що у значної частини пацієнтів були серйозні гнійно-некротичні ускладнення. Так, у 280 осіб (що становить 87,5% від загальної кількості пацієнтів) стверджені гнійні запальні процеси, такі як абсцеси (локальні скупчення гною) та флегмони (розлите гнійне запалення тканин). Також у 127 пацієнтів (майже 40%) було діагностовано контактний остеомієліт – ураження кісток, що розвинулося внаслідок поширення інфекції з сусідніх тканин. Для лікування цих станів довелося провести велику кількість втручань. Загалом було виконано 1216 операцій з видалення відмерлих тканин та уражених кісткових фрагментів. Це означає, що в середньому на кожного пацієнта припадало майже чотири такі операції. У 886 випадках ці хірургічні процедури супроводжувалися дренажуванням, в т.ч. встановленням спеціальних систем для забезпечення відтоку гною. Серед первинних операцій було виконано 193 некротомії та некректомії та 127 – видалення відмерлих тканин разом з ураженими кістковими

фрагментами. Проте найчастіше (у 896 випадках) доводилося проводити планові ренекректомії – повторні втручання з видаленням уражених тканин. З них 94 операції були повторними втручаннями безпосередньо на кістках, в середньому 2,8 ренекректомії на кожне клінічне спостереження.

Вникнення пролежнів є предиктором розвитку гнійно-запальних ускладнень (коліквацийного некрозу, гнійних запливів, тощо). Обґрунтовано клінічну доцільність диференціації субваріантів ускладнень, що супроводжуються коліквацийним некрозом і нагноєнням, а також пролежнями IV стадії із залученням суміжних сполучнотканинних структур (зокрема, перихондриту, деструкції кісткової тканини, остеомієліту тощо). Питання профілактики прогресування та ускладнень пролежнів також є недостатньо розробленими. Наявні спеціальні шкали, застосовуючи які можна передбачити ризик їх розвитку та вчасно цьому запобігти. Зазвичай застосовують усунення або зниження тиску на шкіру, елімінують патологічну вологість, рано активізують хворих. Тезу про ранню активізацію пацієнтів слід розглядати як одну з основних. Садити 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. При знаходженні хворих в ліжку для зменшення тиску на крижі не слід піднімати головний кінець ліжка більш ніж на 45 градусів; використовують також надувні круги, які підкладають під крижі і інші кісткові виступи так, щоб уникнути їх зіткнення з опорною поверхнею.

Глибина ДВ залежить від анатомічних особливостей частини тіла, де вона розташована, зокрема там, де немає підшкірної (жирової) клітковини, рани можуть бути неглибокими, проте зростає ризик поширення процесу на м'язи, сухожилля, фасції; високий ризик остеомієліту. Ми вважаємо клінічно доцільною диференціацію окремих морфологічних варіантів ускладнень, що характеризуються вологим некрозом та нагноєнням, а також поширення декубітальних виразок IV стадії на прилеглі сполучнотканинні структури (включно з перихондритом, деструкцією кісткових тканин, остеомієлітом тощо). Окремим варіантом ДВ є їх комбінація з порушенням кровопостачання, в т.ч. з оклюзійно стенотичними ураженнями. Профілактика та лікування ускладнень декубітальних виразок вимагають систематизації для розробки уніфікованих алгоритмів надання медичної допомоги. Наявність некротичних тканин, рясної ексудації, відсутності грануляційної тканини та неприємного гнильного запаху, відсутність крайової (периферичної) епітелізації вказує на потребу в оперативному втручанні та впровадженні інших клінічних стратегій комплексного лікування, зокрема DOMINATE або її модифікацій. Серед ускладнень можна виділити гнильні флегмони, вторинні гнійні артрити, вторинні

(арозійні) кровотечі – зокрема можуть виникати після операцій, що також потребує особливої уваги з боку хірурга в післяопераційний період. Важливо мати на увазі, що сухий некроз чинить тиск на м'які тканини, що лежать нижче, створюючи таким чином передумови для розвитку в них вологого некрозу та анаеробної інфекції, тож необхідно слідкувати за тим, чи наявне підтікання ексудату, неприємний запах, розм'якшення тканин. Можливі також гнійні запливи під некрозами та грануляційною тканиною, що потрібно завжди враховувати в клінічній практиці. Правильний вибір етапності операційних інтервенцій та пов'язки дозволяє контролювати процес ексудації, запобігати розпаду нових колагенових структур і впливати на неоваскуляризацію у проліферативній фазі. Доцільними є локальні препарати, які містять у своєму складі срібло, йод, гідрогелі, піну та колаген, антибіотики тощо. Дуже важливим для медичного персоналу є правильний вибір перев'язувального матеріалу відповідно до фази раневого процесу. При цьому за основу береться дренажна активність або здатність висушувати, що сприяє покращенню психологічного стану хворого. Окрім бактерій у наляжках та виразках також виявляються мікотичні збудники, що детермінує необхідність призначення комбінованого лікування – загальної антибіотикотерапії та місцевого застосування антисептиків та антибіотиків. При призначенні системної антибіотикотерапії ДВ варто пам'ятати про такі препарати, як імпінем, карбапенем, меронем, лінезолід або ванкомицин з урахуванням збудників та чутливості, а також доцільності емпіричного застосування. Необхідно завжди враховувати, що недостатня нутритивна підтримка сприяє поглибленню некрозу, розвитку ускладнень. На сьогодні широко застосовуються гіпербарична оксигенація, ранова терапія негативним тиском; ультразвукова кавітація для механічного очищення ДВ від некротично-фібринозних нашарувань, лазеротерапія, ультрафіолетове опромінення ран; у наступній фазі – клітинна терапія, «штучна шкіра», аутодермопластика. На жаль, в силу високої вартості технічних засобів, стратегія DOMINATE для лікування пролежнів у своєму «класичному» вигляді є придатною до застосування лише у великих медичних закладах з відповідним рівнем технічного забезпечення, що детермінує розроблення локальних протоколів, відповідних та адекватних можливостям конкретних паліативних відділень.

Висновки. Профілактика та лікування тяжких пролежнів та їх ускладнень потребують систематизації для розробки єдиних стратегій, стандартів, клінічних алгоритмів та протоколів догляду та медичної допомоги. Якщо декубітальна виразка не гоїться належним чином (тобто немає ознак нової, здорової грануляційної тканини), з неї постійно виділяється гнійний ексудат, присутні відмерлі ділянки або (особливо) відчувається сильний неприємний запах – це дуже тривожні клінічні «сигнали»; у таких випадках необхідне термінове хірургічне втручання

та застосування комплексного, всебічного лікування, щоб повністю подолати проблему. Оцінка ефективності паліативної допомоги при наявності пролежнів базується на клінічних детермінантах, що включають формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною секрецією ексудату; наявність крайової (периферичної) епітелізації або кіркування.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-640-2-50>

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНІ СИНДРОМИ ЯК РАННІЙ КЛІНІЧНИЙ ІНДИКАТОР ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ

Вергун Андрій Романович

*доктор медичних наук, лікар-хірург вищої категорії,
почесний академік Академії прикладних наук,
доцент кафедри сімейної медицини*

*Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»*

м. Львів, Україна

*професор невідкладної медичної допомоги
факультету товарознавства, управління та сфери обслуговування
та базової загальновійськової підготовки*

Львівський торговельно-економічний університет,

м. Львів, Україна

Кульчицький Василь Володимирович

кандидат медичних наук, лікар-онколог

*Комунальне некомерційне підприємство «Перше територіальне
медичне об'єднання м. Львова», відокремлений підрозділ*

«Лікарня Святого Пантелеймона»

м. Львів, Україна

Вергун Оксана Михайлівна

кандидат медичних наук,

*доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології,
трансфузіології факультету післядипломної освіти*

*Державне некомерційне товариство «Львівський національний
медичний університет імені Данила Галицького»*

м. Львів, Україна

Актуальність проблеми. Паранеопластичний синдром (ПНС) становить ключову міждисциплінарну проблему в сучасній клінічній