

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ І СТРАТЕГІЇ КОМПЛЕКСНОЇ КУРАЦІЇ ПРОЛЕЖНІВ ТА ЇХ ГНІЙНО- СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ. АНАЛІЗ ДАНИХ ЛІТЕРАТУРИ, АВТОРСЬКИЙ ДОСВІД**

**Вергун А.Р., Чуловський\* Я.Б., Вергун О.М., Мощинська\* О.М., Мацях Ю.М.,  
Іваха М.О., Марко\* О.Г., Литвинчук\* М.М., Чуловський\* Б.Я., Кузовкіна\* О.Л.,  
Фостяк\* А.Є. Мокрецька\* Н.М., Кіт З.М., Шалько І.В., Карпишин Н.В., Юрчук  
К.О.**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*  
*\*Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання №2.*  
*Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги»,*  
*відокремлений підрозділ «4-а лікарня»*  
*e-mail: plagi@mail@meta.ua, м. Львів, Україна*

Поширеність пролежнів у пацієнтів в розвинених країнах приблизно однакова і становить біля 15-20% ускладнень інших захворювань (США і Великобританія). При цьому, за результатами спеціального дослідження в США, якщо доглядом за хворими займалися спеціально навчені доглядальниці, то поширеність цього ускладнення знижувалася до 8,1%. Основні провокуючі фактори виникнення декубітальних виразок (пролежнів) – це тривалий тиск на підлеглі тканини понад 40 мм рт ст, надмірна вологість і забруднення шкіри, зазвичай виділеннями пацієнта, а також сили зсуву, що викликають тертя і декератинізацію поверхневого шару шкіри. «Каталізатором» таких патологічних процесів можуть виступати нетримання сечі і калу, ожиріння, нейротрофічні порушення, нейроваскулярна фонова і супутня патологія тощо.

Некротичні виразки, обумовлені тиском, здавна привертали увагу хірургів. Поступово виявлялися різні фактори, що впливають на їх виникнення і розвиток. Амбруаз Паре (1585) вказував на усунення тиску, як на головну умову успішного лікування пролежнів. Brown-Sequard (1852) вважав, що, крім тиску на шкіру, вирішальним чинником у процесі розвитку некротичних виразок є вологість. Munro (1940) своїми дослідженнями показав, що порушення з боку вегетативної нервової системи призводять до розвитку некрозу шкіри. У подальшому, на підставі сформованих поглядів на патогенез пролежневих виразок пропонувалися різні методи лікування. Найбільш значними повідомленнями в цій галузі можна вважати: закриття великого виразкового дефекту шляхом пересадки шкірного клаптя (Brooks і Duncan, 1940) або переміщення шкірно-м'язового клаптя (White з співавт., 1945), висічення виразки з подальшим загоєнням первинним натягом (Lamon і Alexander, 1945), видалення кісткових виступів під виразкою і заміщення їх м'язовими клаптями. У другій половині ХХ століття у зв'язку з уточненням біомеханіки утворення пролежневих виразок основним у вирішенні цієї проблеми став профілактичний напрямок. Експериментальні та клінічні дослідження науково довели високу ступінь ризику щодо таких чинників: гіподинамії, вологості шкіри і навколишнього середовища у формуванні пролежневих виразок.

До теперішнього часу медицина досягла такого рівня, коли хворі, які не мали шансів вижити ще якихось 50 років тому, сьогодні покидають лікарню своїми ногами. На даний момент існує три рівні надання паліативно-хоспісної допомоги: первинна ланка медичної допомоги, консультативна допомога та стаціонарна медична допомога, на кожній з яких наявні недопрацювання, що знижують загальний рівень надання такої допомоги. Проблематичним також є регулярність відвідування хворих. Роль первинної ланки полягає в наданні догляду і допомоги невиліковним хворим

шляхом відкриття паліативу на дому. Утім, вона не завжди в повному обсязі реалізовує свої функції, як от замість консультації хірурга та забезпечення своєчасної некректомії за наявності пролежнів III-IV стадії, сімейний лікар натомість у кращому разі призначає симптоматичну терапію. Летальність у хворих з пролежневими виразками, за даними різних авторів, коливається в широких межах (21-81%). Тому адекватна і своєчасна діяльність хірургічної служби та дотримання клінічних стратегій профілактики і лікування декубітальних процесів має важливе значення в амбулаторній та стаціонарній паліативній допомозі, зокрема іммобільним хворим. За багато років мало що змінилося в стані проблеми і в плані догляду, і з точки технічної оснащеності профілактики пролежнів.

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб, правильним терміном для позначення локальних розладів компресійного генезу є декубітальна виразка, що характеризується виразково-некротичним процесом, найважливішим пунктом цієї дефініції є саме хронічний локальний 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. Крім того, наше дослідження є спрямоване на розробку індивідуального підходу до вибору обсягу оперативного втручання та подальшого догляду за післяопераційною ранною для забезпечення найкращих результатів лікування. Шкала Norton завдяки простоті і швидкості оцінки ступеня ризику повсюдно стала найбільш популярною серед медсестринського персоналу. З цієї шкалою хворих поділяють з урахуванням 5 показників, включаючи фізичний стан, свідомість і активність, рухливість і наявність нетримання. Далі пролежні розглядаються відповідно до класифікації АНСРР. У більшості розвинених країн широко поширена думка, що профілактикою пролежневих виразок повинні займатися медичні сестри. Лікарі найчастіше не вникають належним чином у вирішення цього питання і не мають відповідної теоретичної та практичної підготовки. З урахуванням наявного клінічного досвіду нами було проведено певну модифікацію клінічної класифікації пролежнів у відділенні паліативної допомоги. З її застосуванням можна більш точно провести диференціацію стадій розвитку декубітальних виразок та зрештою співвіднести їх зі стандартною системою класифікації. Починаючи з 70-х років ХХ століття, прицільно вивчалася ефективність різних препаратів для обробки виразок. Для цієї мети застосовували широкий спектр антисептиків, поки не з'явилися дані про шкідливу дію на клітинні мембрани іоновмісних препаратів (гексахлорофен, хлоргексидин та ін.). Вбиваючи в рані лейкоцити, вони іноді створюють сприятливі умови для розвитку патологічної мікрофлори. Тому при наявності чистої пролежневої виразки або запаленої поверхні шкіри проводять туалет поверхні. Проаналізовано ефективність лікування пролежнів. При формуванні некрозу спочатку дегідратуючі гіперосмолярні препарати; засоби, що поліпшують мікроциркуляцію (пірікарбат, трібенозід); протизапальні засоби (дексаметазон, гідрокортизон, преднізолон); стимулятори репаративних процесів (метилурацил, вінілін, мазь каланхое та ін.). Комплексне застосування цих препаратів з антибактеріальною терапією дозволяє досягти стабілізації стану хворого, елімінації патологічного процесу і швидкого очищення виразки, що супроводжується позитивною динамікою біохімічних показників. Під час некректомії також видаляють клітини у стані некро- та парабіозу внаслідок чого зменшується інтенсивність їх бактеріального обсіменіння. Широко використовуються присипки трипсину, хімотрипсину, колагенази, проточно-промивне та проточно-аспіраційне дренивання, адсорбуючі та гідрогелеві пов'язки.

Незважаючи на єдине розуміння проблеми, наявні національні та внутрішньоклінічні відмінності в підходах до класифікації і за оцінними шкалами, а

також відсутність стандартизації видів протипролежневих систем, що призводять до суперечностей усередині лікарської спільноти в оцінках ефективності цих заходів. 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 інфікованих та нагноєних пролежнів. На основі загальноприйнятої стратегії DOMINATE комплексного лікування хронічних гнійних ран нами створено стратегію NODITE, патогенетично обґрунтовану та адаптовану для лікування пролежнів з адекватною послідовністю догляду та комплексної терапії. Безумовно і те, що зростання технічної навантаженості умов існування сучасної людини призводить до збільшення абсолютної кількості техногенних травм і захворювань, які, в свою чергу, асоціюються з політравмою і затяжним перебуванням пацієнта в відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Характерні для таких хворих порушення свідомості, нестабільні переломи, знерухомлення і навантаженість моніторуючою апаратурою в сукупності зі спеціальними методиками здатні поставити хрест на найбездоганішій лікарській майстерності, якщо недоліки догляду приведуть до формування пролежнів. Перше і, мабуть, головне: короткостроковий (близько двох годин) високий тиск на області кісткових виступів рівною мірою є фактором, що ушкоджує, як і низький тиск на них протягом тривалого періоду часу. Іншими словами для зменшення ризику розвитку пролежнів необхідно зменшувати і час тиску, і його силу. Який же тип протипролежневих систем найбільш відповідає цій вимозі? Однозначної відповіді немає. Пасивні пінні системи забезпечують більш рівномірний перерозподіл тиску поверхні тіла на опору. Однак, постійний компресійний тиск в області кісткових виступів залишається. Активні системи постійного низького потоку, що мають в основі той же принцип перерозподілу, створюють набагато менший компресійний вплив. У той же час, матраци змінного тиску забезпечують регулярну зміну місць опори. Тому в подальшому, при створенні локальних протоколів ми будемо виходити тільки з тих положень, які мають доказову вагу, схвалені офіційними робочими групами та відповідають комплексним клінічним стратегіям.