

УДК 616.5 -002. - 46 -06 -059 -08 - 039.75

*І.О. Макагонов,**А.Р. Вергун,**Я.Б. Чуловський\*,**З.М. Кім,**О.М. Вергун*

Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького  
\*Комунальна 4 міська клінічна лікарня  
м. Львова

## АВТОРСЬКІ ПОГЛЯДИ НА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПРО- ЛЕЖНІВ М'ЯКИХ ТКАНИН З ПОЗИЦІЙ КЛІНІЧНИХ СТРАТЕГІЙ У ВІДДІЛЕННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

**Ключові слова:** ускладнені пролежні, стратегії комплексного лікування, некректомія, антисептична терапія.

**Резюме.** Ретро- та проспективно проаналізовано результати комплексного лікування 114 стаціонарних хворих, віком 40-93 років: 64 чоловіків та 50 жінок із пролежнями м'яких тканин крижово-куприкової ділянки та сідниць у відділенні паліативної допомоги комунальної 4 міської клінічної лікарні м. Львова за 10-річний період (2005-2015). У структурі фонові патології переважали серцево-судинні захворювання та неврологічна патологія. Гнійні ускладнення нами стверджено у 35 пацієнтів, віком 52-88 років, 23 чоловіків і 12 жінок із пролежнями III-IV стадії. Усім хворим проведено адекватний догляд та комплексне лікування, включаючи оперативне втручання. Для скорочення термінів лікування та поліпшення функціональних результатів запропоновано, згідно зі стратегіями комплексного лікування гнійних ран, методичні підходи до хірургічного втручання і ведення післяопераційного періоду та екстемпорально приготуванню емульсії антисептичних препаратів.

### Вступ

Згідно сучасних поглядів та номенклатури, пролежнем м'яких тканин вважається виразково-некротичний процес, який розвивається у виснажених лежачих хворих на тих ділянках тіла, які приймають найбільший тиск постелі [3-5]. Головними причинами пролежня є ішемія та нейротрофічні зміни тканин [1, 2]. Утворення пролежнів спричиняють атрофія підшкірної жирової клітковини, внаслідок чого збільшується тиск на виступаючі частини тіла; малорухомість або тривале вимушене положення важкохворих [5, 7, 9]; порушення циркуляції крові внаслідок основного захворювання [17]; патологія обміну речовин [10, 12]. Найбільш важливими факторами, що сприяють утворенню пролежневих виразок є безперервний тиск, тертя, сили зсуву, патологічна вологість м'яких тканин [14, 17], попадання на шкірні покриви фізіологічних виділень з подальшою мацерацією [1, 7, 9, 11]. У результаті спеціальних досліджень стверджено, що безперервний тиск 70 мм рт. ст. протягом двох діб викликає незворотні зміни в тканинах [8, 10, 12]. Водночас при зменшенні тривалості компресії або зовнішнього тиску на тканини в останніх виникають мінімальні парабіотичні зміни без будь-яких наслідків [12]. Важливу роль у розвитку пролежнів

також відіграє недостатнє харчування і догляд, нетримання сечі і калу [9-11]. Крім того, суттєвими факторами ризику є такі супутні захворювання, як діабет, хвороба Паркінсона та інші неврологічні захворювання [1, 2, 8-10], виснаження. Із соціальних факторів ризику слід зазначити: вік хворих старше 70 років і брак обслуговуючого персоналу. Незважаючи на сучасні можливості терапії, забезпечення догляду, технологічні вдосконалення оперативних втручань, частота гнійно-септичних ускладнень пролежнів суттєво не змінюється протягом останніх двадцяти років [1, 4, 6, 8, 11]. Наявність пролежнів може детермінувати розвиток гнійно-запальних ускладнень, які мають специфічний перебіг та тяжко піддаються комплексному хірургічному лікуванню [3-5, 13]. Профілактика та лікування неускладнених та ускладнених пролежнів є важливими питаннями паліативної допомоги, потребують ретельного вивчення, подальшого створення алгоритмів надання медичної допомоги [10, 12, 14, 15]. Адекватний догляд та лікування хворих із хронічними ранами та, зокрема, пролежнями є можливим лише при використанні алгоритмізованих схем [16, 18]. Активно застосовується стратегія TIME (Tissue management) - некректомія, боротьба з проявами інфекції та створення у рані відповідного вологого

середовища, догляд та стимуляція крайової епітелізації [17, 18]. Новим кроком у лікуванні хронічних гнійних ран є стратегія DOMINATE у різних модифікаціях [15, 16], яку можна вважати клінічним протоколом, що включає адекватне нутритивне забезпечення, розкриття гнійних затьоків з некректомією і дрениванням та інші заходи, спрямовані на боротьбу з рановою інфекцією та пришвидшення репаративних процесів [11, 13, 14]. Спонтанне закриття пролежневих виразок відбувається лише у незначній частині хворих і здебільшого з незадовільними результатами [1, 3, 4, 6].

### Мета дослідження

На основі даних літератури та власних спостережень покращити результати комплексного лікування хворих із пролежнями м'яких тканин у відділенні паліативної допомоги.

### Матеріал і методи

Загальну вибірку ретро- та проспективного аналізу становили результати комплексного лікування 114 пацієнтів, віком 40-93 років: 64 чоловіків та 50 жінок, які лікувалися стаціонарно у відділенні паліативної допомоги (ВПД) комунальної 4 міської клінічної лікарні (4МКЛ) м. Львова за 10-річний період (2005р.-2015р.), перебіг захворювання у яких характеризувався формуванням пролежнів м'яких тканин II-IV стадій. Усі пацієнти з пролежнями були переведені у ВПД 4МКЛ з інших лікувальних закладів міста Львова та області. Проведено проспективний аналіз медичних карт 52 стаціонарних хворих та ретроспективний аналіз інших 62 клінічних спостережень з неускладненими та ускладненими пролежнями м'яких тканин, лікованих консервативно та хірургічно. Авторські методичні підходи та схеми комплексного лікування (з застосуванням поєднання антисептиків) ускладнених пролежнів (із колікваційними некрозами та гнійними затьокками) нами реалізовано у 35 пацієнтів, віком 52-88 років: 23 чоловіків і 12 жінок з ускладненими пролежнями крижово-куприкових ділянок та сідниць; середній вік хворих - 60 років. Усім хворим було проведено адекватне хірургічне втручання, що включало некректомію, розкриття, ревізію та дренивання гнійних затьоків.

Нами запропонована та застосована суміш антисептиків екстемпорального приготування для лікування ускладнених пролежнів шляхом інтраопераційного та інтраперев'язочного використання просочуванням тампонів і тампонадою гнійних затьоків. Попередньо проводили змішування 25 мл розчину діоксизолу [20], 25 мл роз-

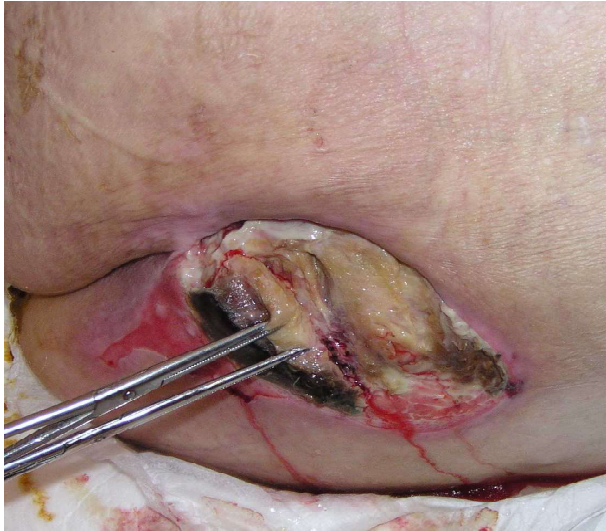
чину йоддицерину, 10 мл 30% розчину димексиду, 4 мл 10% розчину лідокаїну. Утворену суміш зберігали у темному прохолодному місці. Суміш емульгували (збовтували) перед перев'язкою та застосовували для просочування стерильних марлевих тампонів. Швидкість загоєння ран (ШЗР), виражений у відсотках [1], розраховували після гранулювання рани наступним чином:  $ШЗР = (S - S_n) \times 100 / S \times t$ ; де S - величина площі рани при попередньому замірі,  $S_n$  - величина площі рани на даний момент, t - кількість днів між першим і наступним замірами. Фотографування операційного матеріалу здійснювали цифровими камерами Fujifilm E900 9,0 MP (дзеркальна) і PENTAX Optio E35 7,0 MP (компактна), програмним забезпеченням Leica Application Suit (Version 3.8) та Inkscape GNU. Макроскопічні зміни некротично змінених ділянок шкіри та хід оперативного втручання були фотографовані компактною цифровою камерою PENTAX Optio E35 (Японія) з розрешувальною здатністю матриці 7.0 МП. Фотофіксація патоморфологічних змін (у динаміці) проводилася дзеркальною фотокамерою Fujifilm E900 9,0 MP (США) у процесі комплексного лікування для проспективного аналізу ефективності догляду та особливостей перебігу післяопераційного періоду. Аналіз отриманих даних здійснювали за допомогою пакету програм OpenOffice.org 3.2.

Відсутність грануляцій, ексудатія з рани, почервоніння шкіри у ділянці рани, наявність нежиттєздатних локусів і неприємного запаху засвідчили про критичну патогенну колонізацію рани і водночас про необхідність у відповідності до стратегій TIME (Tissue management) та DOMINATE [16-19] призначення поєднаного лікування - загальної антибіотикотерапії та місцевого застосування антисептиків та антибіотиків [12-14]. Констатовано локальну гіперемію, перифокальну десквамацію епідермісу та мацерацію з формуванням гнійної рани, колікваційних некрозів та гнійних затьоків [1, 10, 11]. У всіх випадках наявності некрозів та нагноєння було проведено адекватну хірургічну санацію [7-10, 17].

### Обговорення результатів дослідження

Стверджено, що для ускладнених пролежнів III та IV стадій характерне глибоке ураження тканин (видно м'язи або кістки), можна побачити (або відчуті на дотик при зондуванні чи пальцевої ревізії) кістки й сухожилля та/або м'язи. Наявні некротичні маси або струпи, часто бувають "кишені" й "тунелі", заповнені гноем, некрозами та некротичним детритом. Характерна наявність фокальних "конгломератних" некрозів [1, 3-5]. Глибина рани залежить від анатомічних особли-

востей частини тіла, де вона розташована, зокрема там, де немає підшкірної (жирової) клітковини, рани можуть бути неглибокими [19]. Характерне поширення на м'язи, сухожилля, фасції; високий ризик остеомієліту [1, 5-7, 9]. Хірургічні гнійно-некротичні ускладнення пролежневих виразок м'яких тканин крижово-куприкової ділянки та сідниць, що вимагали ургентного оперативного лікування [8, 9, 13, 14] в умовах ВПД нами кон-



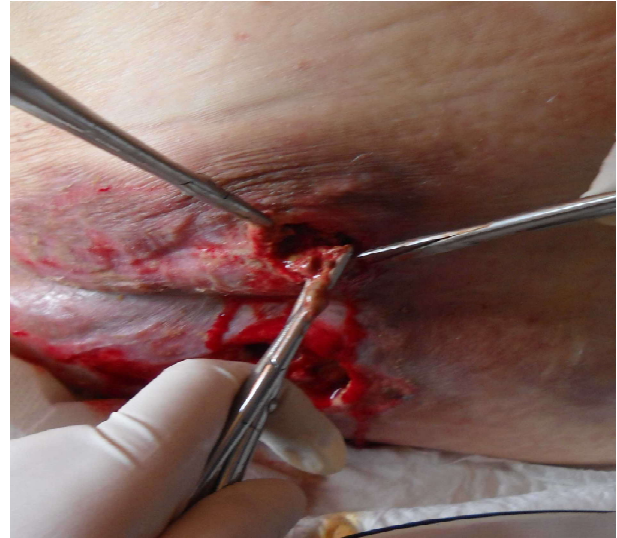
**Рис. 1.** Пролежень III стадії, - видалення обширного коліквацийного некрозу м'яких тканин (інтраопераційна фотографія) у хворої Д, 83 років, після перенесеного ГПМК за ішемічним типом на фоні системної склеродермії (ВПД, комунальна 4 МКЛ м. Львова, 20 червня 2016 р.)

жінок з пролежнями III стадії, прооперованих планово. Групу контролю становили інші 27 пацієнтів, віком 50-93 років: 18 чоловіків та 9 жінок з ускладненими некрозом шкіри пролежнями II та III стадії. Вибірki були співставимі за віком, статтю та застосованими методами хірургічної санації. В структурі фонові патології переважали серцево-судинні захворювання (ІХС, атеросклероз, порушення серцевого ритму, ГХ) - 44 (38,6%) випадки, неврологічна патологія (стан після ГПМК, демієлінізуючі захворювання, неврити, нейропатії) - у інших 42 пацієнтів (36,84%), наслідки травматичних пошкоджень (опорно-рухового апарату, нейро-травми, політравми) - у 20 (17,54%) випадків, хронічні захворювання печінки та нирок - 8 (7,02%) хворих. Цукровий діабет II типу стверджено у 39 (34,21%) пацієнтів.

На фоні адекватного нутритивного забезпечення [14, 15] шляхом збалансованого харчування з достатнім вмістом амінокислот, вуглеводів, жирів з корекцією порушень водно-електролітного обміну, парентеральним застосуванням амінолу, анаболічних стероїдів, вітамінотерапії, у відпові-

статовано у 35 пацієнтів, віком 52-88 років: 23 чоловіків і 12 жінок з пролежнями III-IV стадії. Обширні коліквацийні некрози (рис. 1) виявлено у 27 хворих, наявність гнійних затьоків (рис. 2) - у 15; у 5 осіб діагностовано остеомієлітні вогнища, що потребували секвестрнекректомії. Дані 35 спостережень становили основну групу.

Групою порівняння були інші 52 спостереження у хворих, віком 40-80 років: 29 чоловіків та 23



**Рис. 2.** Пролежень IV стадії - розкриття та прецизійна некректомія флегмон обох сідниць з множинними гнійними затьокками (інтраопераційна фотографія) у хворої Р, 82 років, після перенесеного закритого неконсолідованого перелому шийки лівої стегнової кістки (ВПД, комунальна 4 МКЛ м. Львова, 29 березня 2016 р.)

відності до стратегій TIME (Tissue management) та DOMINATE [15-17] проводили корекцію коморбідної патології, системну антибіотикотерапію та санацію ділянки пролежня антисептиками [6, 16, 17], здійснювали декомпресію ділянки пролежня застосуванням стандартних спеціальних засобів для догляду - декомпресійних ортопедичних матраців та кругів [7, 9, 10, 12] з подальшою некректомією ділянки коліквацийного некрозу [6, 19], розкриттям, санацією та дрениванням гнійних затьоків [14-16], тампонадою із застосуванням антисептиків та місцевим застосуванням мазьових пов'язок [1, 17, 18].

Адекватний догляд та лікування хворих з пролежнями є можливим лише при застосування комплексних стратегій та алгоритмів [3-5, 17-19], що включають видалення нежиттєздатних тканин із рани [4, 6, 8] при наявності коліквацийного (вологого) некрозу чи обмежених (демаркованих) острівців сухого некрозу, також видаляються клітини у стані некро- та парабіозу [6, 9], зменшується кількість бактерій та інтенсивність їх росту [2, 3, 10, 14]. Нами вдосконалено у відпові-

дності до стратегій TIME (Tissue management) та DOMINATE [13, 17-19] лікування пролежнів з коліквційним некрозом м'яких тканин та гнійними ускладненнями шляхом застосування послідовності заходів догляду, системної та місцевої терапії; прецизійної некректомії з ревізією затьоків та комбінованим дренажуванням з тампонадою операційної рани.

Прецизійно хірургічно вилучено ділянку коліквційного (вологого) некрозу шляхом його висічення en block в межах здорових тканин з видаленням гною і некротичного детриту. Під візуальним та тактильним контролем поетапно інтраопераційно діагностовано, розкрито та сановано гнійні затьоки з прецизійною поетапною некр-, а у 5 осіб - секвестрнекректомією. Утворену порожнину промито розчином перекису водню та водним розчином антисептику полівінілпіролідоніоду, чим також досягнуто повноцінну евакуацію гною та залишків некротичного детриту. Накладено контрапертури (1-3) залежно від кількості та глибини гнійних затьоків з наскрізним дренажуванням

утвореної порожнини через контрапертури та основну рану гумовими випускниками. Подальшим промиванням порожнини через основну рану та контрапертури перекисом водню та водним розчином полівінілпіролідоніоду стверджено прохідність дренажів.

Алгоритми консервативного лікування хворих з пролежнями м'яких тканин в післяопераційному періоді (на фоні корекції коморбідної патології) також включали: 1) дієтотерапію; 2) корекцію водно-електролітного балансу, білкового та ліпідного обмінів; 3) антибактеріальну терапію (антибіотики, метронідазол); 4) нестероїдні протизапальні середники; 5) низькомолекулярні гепарини; 6) дезагреганти; 7) ангіопротектори; 8) вітаміни; 9) імуномодулятори.

Нами застосована суміш антисептиків екстемпорального приготування для лікування ускладнених пролежнів після некректомії (рис. 3); застосовано пропорційну суміш діоксизолу та йоддицерину [20, 21] з додаванням окремих складників (димексиду та лідокаїну) для посилен-



**Рис. 3. Пролежень IV стадії - дренажування (комбінованим дренажем за Спасокукоцьким із застосуванням авторської суміші антисептиків) флегмон обох сідниць з множинними гнійними затьоками у хворої Р, 82 років, після перенесеного закритого неконсолідованого перелому шийки лівої стегнової кістки**

ня іонотранспортувальної та місцевої анагезуючої (анестезуючої) дії утвореної емульсії. Дана суміш антисептиків проявляє антибактеріальну, помірну гіперосмолярну дію [20], стимулює процеси репарації й активність фагоцитів у рані [20, 21]. У зв'язку з наявністю у препараті димексиду легко проникає крізь біомембрани [1, 3, 4, 21], не пошкоджуючи мембранні структури. Крім того, диметилсульфоксид (димексид) детермінує сильну бактерицидну дію на мікроорганізми безпосередньо в тканинах осередку гнійного запалення [2-4]; має особливість проникати через м'які тканини, реалізуючи протизапальний, анагетичний, антисептичний та фібринолітичний ефекти.

Суміш застосовували для тампонади гнійних затьоків.

Вищеописану екстемпорально сформовану суміш антисептиків також використовували з добрим клінічним ефектом після санації ранової поверхні для інсталяції у ділянки гнійних затьоків та їх тампонади у першій та на початку другої фази ранового процесу у 20 пацієнтів, віком 52-88 років, з пролежнями III стадії крижово-куприкових ділянок та у 15 пацієнтів - з пролежнями сідниць, ускладненими некрозами та формуванням гнійних процесів. Поєднання лініменту хлорамфеніколу та лініменту полівінілпіролідоніоду застосовано для тампонади основних порожнин у всіх пацієнтів

основної групи та групи порівняння.

У хворих основної групи при цитологічному дослідженні на 3, 5 та 12 день після некректомії у мазках-відбитках послідовно знижувалася кількість лейкоцитів, з'являлися макрофаги і фібробласти. У той час як в групі порівняння та контрольній групі в мазках-відбитках, взятих на 5 день після некректомії все ще переважали сегментоядерні лейкоцити, а макрофаги і інші цитологічні ознаки регенерації були виражені у незначній мірі.

В основній групі хворих (n=35), яким була застосована суміш антисептиків для тампонади гнійних затьоків, поява перших грануляцій спостерігалася на 4,9 день, тоді як при застосуванні лише мазових пов'язок у групі порівняння (n=52) та контрольній групі (n=27) ознаки гранулювання спостерігалися відповідно на 5,1 та 5,4 день. Результати порівняльної оцінки ефективності місцевого лікування пролежнів III-IV стадій з визначенням індексу ШЗР наведені у таблиці.

Таблиця

## Оцінки ефективності місцевого лікування пролежнів до повноцінного гранулювання

Критерії оцінки	Суміш антисептиків для промивання та тампонади затьоків + поєднання лініменту хлорамфеніколу та лініменту полівінілпіролідоніоду	Поєднання лініменту хлорамфеніколу та лініменту полівінілпіролідоніоду	Монокомпонентне місцеве лікування водорозчинними мазями (левомеколь)
Термін появи грануляційної тканини (дні)	3,9 ± 0,12	5,1 ± 0,16	5,4 ± 0,12
Повноцінне тотальне гранулювання (дні)	21 ± 0,16	23 ± 0,15	28 ± 0,21
ШЗР у %	4,2 ± 0,23	3,9 ± 0,27	3,4 ± 0,39

Критерієм ефективності догляду та комплексного лікування пролежнів III та IV стадії було очищення та гранулювання рани (рис. 4), формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною ексудацією (що є критерієм готовності до пластичного закриття), з наявністю крайової епітелізації, що нами було констатовано у всіх

клінічних спостереженнях; та (або) формування сухої кірки.

На основі нашого досвіду та аналізу клінічного матеріалу вважаємо за доцільне III та IV стадії пролежнів диференціювати на клінічні варіанти - "а" і "б". Стадія III: повна втрата товщі шкіри з формуванням некрозу м'яких тканин; в



Рис. 4. Пролежень III стадії - стан після видалення обширного коліквацийного некрозу м'яких тканин (інтраперев'язочна фотографія, 17 доба після некректомії), гранулююча рана у хворій Д, 83 років

рані можна побачити некротизовану підшкірну жирову клітковину, некротичний детрит, але не видно і не відчуваються (при зондуванні чи пальцевої ревізії) на дотик кістки, сухожилля чи м'язи [1]. III a, - формування обмеженого коагуляційного (сухого) некрозу. III b, - формування обмеженого коліквацийного (вологого) некрозу без вираженого абсцедування. Стадія IV: глибоке ураження тканин (візуально диференціюються елементи некротизованої клітковини та (або) м'язи та (або) сполучнотканинні структури) з нагноєнням, абсцедуванням; часто бувають "кишені" й "тунелі" заповнені гноем, некрозами та некротичним детритом. Ураження тканин глибоке, можна побачити (або відчути на дотик при зондуванні чи пальцевої ревізії) м'язи та (або) сухожилля й кістки. Характерна наявність фокальних "конгломератних" некрозів, обабіч або з-під яких виділяється гній [1]. IV a, - формування абсцесу (флегмони) дна або (та) стінок пролежнів без (або з формуванням) гнійних затьоків. IV b, - поширення процесу на прилеглі (сусідні) сполучнотканинні структури з формуванням узурувань, перихондриту, періоститу, остеомієліту тощо.

У всіх випадках гнійних ускладнень пролежнів нами вдалося добитися повноцінного гранулювання рани та забезпечення умов для подальшої пластики ранового дефекту, у 18 пацієнтів (37,5%) основної групи (з застосуванням пластичних методів закриття дефекту) вдалося у термін до 45 днів досягнути практично повного загоєння пролежнів. Важливою перевагою застосованих методів лікування, на нашу думку, є врахування патогенезу та особливостей клінічного перебігу ранового процесу при формуванні пролежнів III-IV стадій та їх ускладнень.

## Висновки

1. У медичних закладах повинні проводитися профілактичні заходи, адекватний догляд та лікування хронічних хворих, які включають чіткі рекомендації щодо оцінювання ризику пролежнів та їх ускладнень, що базується на чітких клінічних критеріях відповідно до сучасних стратегій щодо діагностики та лікування гнійних ран.

2. Урахування особливостей патогенезу, морфогенезу та клінічного перебігу пролежнів з коліквацийним некрозом м'яких тканин та гнійними ускладненнями, які мають вплив на перебіг загоєння, передбачає застосування не лише антибіотикотерапії, але також видалення некрозів, адекватного дренирування і місцевого лікування, що призводить до суттєвого зменшення ознак гнійно-некротичного запалення та покращення швидкості загоєння ран після їх гранулювання від 3,4 ±

0,39% до 4,2 ± 0,23%.

3. Проведення прецизійної некректомії та дренирування гнійних затьоків необхідно адекватно поєднувати з місцевим застосуванням антибактеріальних препаратів (антисептиків та антибактеріальних лініментів), з урахуванням фаз ранового процесу, що в комплексі з корекцією фонові та коморбідної патології детермінує пришвидшення повного очищення і гранулювання пролежнів з 28 ± 0,21 днів до 21 ± 0,16 днів та пришвидшує можливість пластичного закриття дефектів.

## Перспективи подальших досліджень

Вивчення доцільності застосування окремих антибактеріальних лікарських засобів та їх поєднань, клінічне та бактеріологічне обґрунтування ефективності в контексті оптимізації комплексного лікування пролежнів становить перспективу для подальших досліджень.

**Література.** 1. Басков, А.В. Хирургия пролежней / А.В. Басков. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 208 с. 2. Кравцов Д.В. Хирургическое лечение хронических нейротрофических язв области таза и вертельных областей перемещенными кровоснабжаемыми лоскутами: дисс. канд. мед. наук / Д.В. Кравцов. - Санкт-Петербург, 2008. - 153 с. 3. Кругляков С. В. Пролежни: профилактика и основы помощи / С. В. Кругляков. - Режим доступу: <http://www.akush.spb.ru/prepod/vasileva/files/prolezni.pdf>. - Назва з титул. екрану. 4. Чуловський Я.Б., Вергун А.Р., Мошинська О.М. Лікування пролежнів з коліквацийним некрозом м'яких тканин та гнійними ускладненнями у відділенні паліативної допомоги: клінічний огляд / Я.Б. Чуловський, А.Р. Вергун, О.М. Мошинська та ін. // XVI Конгрес Світової Федерації Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін - м. Київ): матеріали. - Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016. - С. 175-177. 5. Alderden J. Risk profile characteristics associated with outcomes of hospital-acquired pressure ulcers: a retrospective review / J. Alderden, J. D. Whitney, S. M. Taylor et al. // Critical Care Nurse. - 2011. - Vol. 31, № 4. - P. 30-43. 6. Angel D.E. The clinical efficacy of two semi - quantitative wound-swabbing techniques in identifying the causative organisms in infected cutaneous wounds / D.E. Angel, P. Lloyd, K. Carville // Int Wound J. - 2011. - 8(2). - P. 176 - 185. 7. Biglari B. A retrospective study on flap complications after pressure ulcer surgery in spinal cord-injured patients / B. Biglari, A. B'chler, T. Reitzel et al. // Spinal Cord. - 2014. - Vol. 52, № 1. - P. 80-83. 8. Cowan L.J. Prevalence of wet-to-dry dressings in woundcare. / L.J. Cowan, J. Stechmiller // Adv Skin Wound Care. - 2009. - № 22(12). - P. 567- 73. 9. Cullen Gill. E. An exploration of fourth - year under graduate nurses knowledge of and attitude towards pressure ulcer prevention / Gill.E. Cullen, Z. Moore // J Wound Care. - 2013. - № 22(11). - P. 618 - 619. 10. DeJong G. Factors associated with pressure ulcer risk in spinal cord injury rehabilitation / G. DeJong, C. H. Hsieh, P. Brown et al. // American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. - 2014. - Vol. 93, № 11. - P. 971-986. 11. Dowd S.E. Survey of fungi and yeast in polymicrobial infections in chronic wounds / S.E. Dowd, J. Delton Hanson, E. Rees // J Wound Care. - 2011. - № 20(1). - P. 40 - 47. 12. Eslami V. Factors associated with the development of pressure ulcers after spinal cord injury / V. Eslami, S. Saadat, R. Habibi et al. // Spinal Cord. - 2012. - Vol. 50, № 12. - P. 899-903. 13. Falanga V. Maintenance debridement in the treatment of difficult to heal chronic wounds / V. Falanga, H. Brem, W.J. Ennis et al. // Ostomy Wound Manage. - 2008. - Supp: 2 - 13. 14. Fife C.E. Wound care outcomes and associated cost among patients treated in US outpatient wound centers: data from the US Wound Registry / C.E. Fife, M.J. Carter, D. Walker et al. // WOUNDS. - 2012. - № 24(1). - P. 10- 17. 15. Livingston M. Wound Management Guide. / Livingston M., Wolvos N. - Malvern. - PA: HMP Communications. - 2009. - 287P.

16. Moore Z.E. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. / Z.E. Moore, J. Webster // *Електронний ресурс. Cochrane Database Syst Rev.* - 2013. - 8: CD009362.  
 17. O'Donnell T.F.Jr. The need for an inter society Consensus Guideline for venous ulcer / T.F.Jr. O'Donnell, E.M. Balk // *J Vasc Surg.* 2011. - №54 (Suppl 6). - P.83-90.  
 18. Sibbald R.G. Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES / R.G. Sibbald, K. Woo, E.A. Ayello // *Adv Skin Wound Care.* - 2006. - № 19(8). - P. 447 - 463.  
 19. Stotts N.A. Wound infection: diagnosis and treatment (management). In: Morison M.J. eds. *Chronic Wound Care: A Problem - Based Learning Approach.* / N.A. Stotts. - Edinburgh, UK. - Mosby. - 2004. - P. 101 - 116.  
 20. *Електронний ресурс.* Режим доступу: [www.health-ua.org/lekarstva/dioxisol-darnitsa.html](http://www.health-ua.org/lekarstva/dioxisol-darnitsa.html). - Назва з титул. екрану.  
 21. *Електронний ресурс.* Режим доступу: [www.health-ua.org/lekarstva/ioddicerin.html](http://www.health-ua.org/lekarstva/ioddicerin.html). - Назва з титул. екрану.

#### АВТОРСКИЕ ВЗГЛЯДЫ НА КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ПРОЛЕЖНЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ПОЗИЦИЙ КЛИНИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

*И.А. Макагонов, А.Р. Вергун, Я.Б. Чуловский, З.М. Кит, О.М. Вергун*

**Резюме.** Ретро- и проспективно проанализированы результаты комплексного лечения 114 стационарных больных, в возрасте 40-93 года: 64 мужчины и 50 женщин с пролежнями мягких тканей крестцово-копчикового участка и ягодич в отделении паллиативной помощи коммунальной 4 городской клинической больницы г Львова за 10-летний период (2005-2015). В структуре фоновой патологии преобладали сердечно-сосудистые заболевания и неврологическая патология. Гнойные осложнения нами зафиксированы у 35 пациентов, в возрасте 52-88 лет, 23 мужчин и 12 женщин с пролежнями III-IV стадии. Всем больным был предоставлен адекватный уход и комплексное лечение, которое включало оперативное вмешательство. Для сокращения сроков лечения и улучшения функциональных результатов предложены, согласно со стратегиями комплексного лечения гнойных ран, методические подходы к хирургическому вмешательству и ведению послеоперационного

периода и экстреморально приготовленную эмульсию антисептических препаратов.

**Ключевые слова:** осложненные пролежни, стратегии комплексного лечения, некрэктомия, местная терапия

#### AUTHORS VIEWS AS TO MULTIMODALITY TREATMENT OF COMPLICATED BED-SORES OF THE SOFT SKIN TISSUES FROM THE STANDPOINT OF CLINICAL STRATEGIES IN THE DEPARTMENT OF PALLIATIVE CARE

*I. O. Makagonov, A.R. Vergun, Ya.B. Chulovskiy\*, S.M. Kit, O.M. Vergun*

**Abstract.** Retro- and prospectively results of the treatment of 114 patients, aged 40-93 years: 64 men and 50 women, with bed sores of the soft tissues of sacro-coccygeal area and buttocks in the department of palliative care of the 4th municipal Clinical Hospital of Lviv for 10 -year-old period (2005-2015) were analyzed. Cardiovascular diseases and neurological disorders prevailed in the structure of background pathology. Septic complications we stated in 35 patients, aged 52-88 years, 23 men and 12 women with bed sores III-IV stage. All patients underwent adequate care and comprehensive treatment, including surgery. To reduce the length of the treatment and improve functional outcomes in accordance with the strategies of complex treatment of purulent wounds, the authors methodical approaches to surgical treatment, introduction of postoperative care and extemporaneously prepared emulsion of antiseptic preparations were proposed.

**Key words:** complicated compressive bed-sores, comprehensive treatment strategy, necrectomy, antiseptic therapy.

**Danylo Halytsky Lviv National Medical University**

**Communal 4-th Clinical Hospital of Lviv**

*Clin. and experim. pathol.* - 2016. - Vol.15, №3 (57). - P.69-75.

*Надійшла до редакції 10.08.2016*

*Рецензент – проф. Ф.В. Гринчук*

© I.O. Макагонов, А.Р. Вергун, Я.Б. Чуловський, З.М. Кит, О.М. Вергун, 2016