

ОСТЕОМІЄЛІТ КУПРИКА ЯК ПРИЧИНА НАЯВНОСТІ НОРИЦІ ТА ХРОНІЧНИХ ГНІЙНИХ ЗАТЬОКІВ ПІД ГРАНУЛЮЮЧОЮ ДЕКУБІТАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ У ХВОРОГО НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Вергун А.Р., Миськів* А.В., Цегелик* І.І., Мацях Ю.М., Іваха М.О., Журасв Р.К.,
Вергун О.М., Паращук Б.М., Мощинська* О.М., Литвинчук* М.М., Абакумова**
М.В.**

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»*

***Приватний медичний центр «Салютас»*

e-mail: plagi@mail@meta.ua, м. Львів, Україна

Вступ. Декубітальний контактний остеомієліт куприка – це пролежнево (компресійно) асоційоване гнійно-запальне ураження кісткової тканини куприкової кістки, яке супроводжується формуванням секвестрів та нориць, хронічним перебігом, що детермінує значні труднощі в його виявленні та лікуванні. Пролежневі (декубітальні) виразки є частим ускладненням у пацієнтів паліативного профілю, особливо серед осіб із вираженою коморбідністю та іммобільністю. Вони можуть мати латентний перебіг, що ускладнює своєчасну діагностику глибоких гнійних ускладнень. Ця патологія часто зустрічається у пацієнтів із тяжкою супутньою патологією, особливо у хворих на цукровий діабет, що зумовлює порушення мікроциркуляції, імунного статусу та процесів репарації тканин. Одним із найсерйозніших ускладнень остеомієліту куприка є утворення гнійних затьоків, що мають тривалий хронічний перебіг та нерідко супроводжують уже гранулюючі декубітальні виразки IV стадії. Гнійні процеси в ділянці куприка у таких хворих часто поєднуються з гнійними норицями й іншими некротичними змінами шкіри та м'яких тканин. Патогенез остеомієліту куприка у хворих на цукровий діабет II типу має низку особливостей. Діабетична ангіопатія та нейропатія сприяють розвитку локальних порушень мікроциркуляції, що призводить до хронічного гіпоксичного ураження тканин. Високий рівень глюкози у крові створює сприятливі умови для розмноження патогенних мікроорганізмів, що ускладнює перебіг ранового процесу та сприяє формуванню хронічних гнійних уражень; пригнічує процеси репарації тканин, створюючи сприятливі умови для парабіозу та некрозу. Крім того, тривале перебування пацієнтів у лежачому положенні через супутні неврологічні або судинні розлади сприяє утворенню пролежнів, які є входними воротами для вторинної інфекції та формування вогнищ контактного остеомієліту. Дана проблема є вкрай актуальною у контексті гнійно-септичної хірургії та ендокринології, оскільки вимагає комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики ускладнень. Вчасне розпізнавання остеомієліту куприка та правильна тактика лікування дозволяють запобігти розвитку тяжких септичних ускладнень та покращити якість життя таких пацієнтів.

Нами проаналізовано клінічний випадок хворого Н., 71 рік, з діагностованим остеомієлітом куприка на фоні цукрового діабету II типу, ускладненим норицею та гнійним затьком. З наукової та медико-практичної точки зору цей випадок викликає значний інтерес через те, що попередньо прооперована декубітальна виразка була покрита грануляційними тканинами, проте ретельне динамічне спостереження дозволило виявити приховану гнійну кишню, що значно змінила підхід до лікування у вигляді накладення контрапертури та встановлення активної дренажно-промивної

системи, проте детермінувало в подальшому необхідність широкого розкриття та секвестрнекректомії.

Клінічний випадок. Пацієнт Н., 71 рік, переведений для подальшого паліативного лікування після перебування в іншій лікарні, де хворому крім корекції основної патології була проведена некректомія з приводу пролежня IV стадії крижово-куприкової ділянки. Загальний стан хворого супроводжується слабкістю та обмеженням рухомості, що зумовлено як хронічними захворюваннями (насамперед фонову неврологічну патологію), так і тривалим іммобільним станом. Родичі пацієнта вказували на періодичне підвищення температури тіла до фебрильних значень та недостатню корекцію рівня глікемії. Щодо локальних скарг, пацієнт відчуває біль у крижово-куприковій ділянці, особливо при зміні положення тіла або під час обробки рани. Родичі відзначали періодичне поступлення густого гною із неприємним запахом. В анамнезі – гостре порушення мозкового кровообігу, подагра, цукровий діабет 2-го типу з полінейропатією, а також хронічна серцева недостатність на тлі миготливої аритмії.

При об'єктивному огляді лікарем-хірургом місцеві зміни можна описати наступним чином: У крижово-куприковій ділянці наявна глибока ранова поверхня після некректомії пролежня IV стадії, розмірами приблизно 4×8 см. Дно рани вкрите грануляційною тканиною зон перифокального запалення немає. Зверху, більше з правого боку від основної ранової поверхні визначається норицевий хід діаметром близько сантиметра, при пальпації якого відчувається ущільнення м'яких тканин (рис. 1).



Рисунок 1. Первинний огляд лікарем-хірургом пацієнта Н., 71 рік. Наявний норицевий хід на фоні гранулюючої рани. Навколо норицевого ходу помірний перифокальний набряк. Норицевий хід *ad oculum* чистий.

При натискуванні з нориці виділяється гнійний густий ексудат жовто-зеленого кольору з неприємним запахом (рис.2). Шкіра навколо входу до нориці гіперемована, з помірним набряком. Температура шкіри в ділянці ураження підвищена, спонтанної болючості немає, але при пальпації пацієнт відзначає помірний дискомфорт.

Пацієнту раніше була проведена хірургічна некректомія, після якої відзначено утворення грануляцій на рановій поверхні. Проте, у динаміці спостереження, незважаючи на позитивну тенденцію за основними клінічними ознаками, у правому латеральному краї рани утворився норицевий хід. Це стало підставою для додаткових діагностичних заходів.



Рисунок 2. Виділення гнійного ексудату із норицевого ходу прекуприкової ділянки

Було проведено ультразвукове дослідження м'яких тканин, яке виявило наявність гнійної кишені, що не була помітна при візуальному огляді. Після близько тижня пасивного дренивання нориці дренажем Спасокукоцького без значних позитивних зрушень, було прийняте рішення про більш радикальні міри. Під місцевим інфільтраційним знечуленням розчином новокаїну була виконана повторна хірургічна ревізія рани, накладення контрапертури (рисунок 3) та санація гнійного осередку за допомогою дренажно-промивної системи – «петлеподібного вікончастого дренажу». Призначена місцева та загальна антибактеріальна терапія з урахуванням результатів бактеріологічного посіву гнійних виділень із рани.

Проте суттєвих зрушень у динаміці процесу не відбулося, гнійні виділення продовжувалися. Це стало підставою для широкого розкриття хронічного гнійного вогнища, видалення некрозів, спорожнення гнійних затьоків та секвестрнекректомії остеомієлітно змененого куприка (рис. 4). Рана та гнійна «кишеня» повністю загранулювали і загоїлися вторинним натягом.

Етапне збільшення об'єму хірургічних втручань є виправданою стратегією при глибоких ураженнях, коли одномоментна радикальна некректомія може бути надто травматичною для пацієнта з тяжкою супутньою патологією. Поступове видалення нежиттєздатних тканин у поєднанні з інтенсивною консервативною терапією, локальним лікуванням ранового процесу та ретельним моніторингом стану хворого сприяє зменшенню ризику розвитку системної інфекції та септичних ускладнень. Вважаємо аксіоматичним твердження про те, що навіть за видимо позитивної динаміки грануляції, необхідний ретельний моніторинг стану рани для виявлення прихованих інфекційних осередків.



Рисунок 3. Гнійний затьок (заплив), який дренований «петлеподібним» вікончастим дренажем. Гнійні виділення через дренаж. Сьомий день після накладання контрапертури та встановлення дренажно-промивної системи.



Рисунок 4. Операційний доступ – розтин по ходу гнійної нориці. На дні рани візуалізуються некрози тканин, гнійний заплив і фрагмент секвестрованого куприка. Здійснена тотальна ревізія та секвестрнекректомія.

Висновок. Результати аналізу даного клінічного випадку підкреслюють важливість ретельнішого дообстеження пацієнтів із поліморбідністю та коморбідністю, особливо після проведених некректомій ускладнених декубітальних виразок. Зокрема, у пацієнтів із цукровим діабетом який значною мірою впливає на процеси регенерації, мікроциркуляції та імунної відповіді, необхідне більш прискіпливе динамічне спостереження з метою раннього виявлення гнійно-септичних ускладнень. Кожен клінічний випадок потребує індивідуального підходу, оскільки характер і глибина некротичних змін, супутня патологія, а також загальний соматичний стан пацієнта визначають як обсяг, так і етапність хірургічного лікування. У разі наявності нориць та гнійних затьоків важливо своєчасно проводити дообстеження, зокрема фістулографію, МРТ м'яких тканин або КТ із контрастуванням, що дозволяє оцінити поширеність патологічного процесу та визначити оптимальну хірургічну тактику. Таким чином, комплексний підхід до пацієнтів із поліморбідністю, що включає поетапність хірургічної тактики, персоналізовані схеми антибактеріальної та метаболічної корекції, а також використання сучасних методів візуалізації є запорукою успішного лікування та профілактики інших, більш тяжких гнійно-септичних ускладнень.